PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO ŁÓDZKIEGO

ZA ROK 1934

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dn. 3 stycznia 1934 r.

Kol. A. Kunicki wygłosił odczyt p. t.: „*Ból w świetle nowych badań anatomiczno-fizjologicznych*" (praca ukaże się w druku).

Następnie przystąpiono do dorocznego posiedzenia administracyjnego.

Kol. Frenkiel zreferował sprawę nadania godności Członka Honorowego kol. kol. B. Mikłaszewskiemu, B. Handelsmanowi i H. Konowi z okazji 50-lecia otrzymania dyplomu lekarskiego.

Wniosek o nadanie członkowstwa honorowego wspomnianym kolegom przyjęto przez aklamację.

Odczytano i przyjęto sprawozdania roczne: a) sekretarza, b) Sekcyj Towarzystwa, c) bibljotekarza, d) skarbnika i e) Komisji Rewizyjnej.

Przystąpiono do wyboru władz Towarzystwa na rok 1934. Wybrani zostali: prezesem — kol. B. Frenkiel; wiceprezesami — kol. S. Minc i kol. Rueger; sekretarzami — kol. B. Czaplicki i kol. A. Tenenbaum. Bibljotekarzy i skarbnika w r. b. w myśl Regulaminu nie wybierano: pozostali nadal kol. Z. Prechner i kol. M. Kocen — bibljotekarzami i kol. T. Mogilnicki — skarbnikiem.

Do Komisji Rewizyjnej wybrano kol. kol. Skusiewicza, Reiterowskiego i Gurtzmana.

Protokół posiedzenia dodatkowego w dniu 4 stycznia 1934 roku.

Kol. W. Nowiński (jako gość z Berna) wygłosił odczyt p. t.: „*Ogólna biologja determinacji płci*" (praca ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. Frenkiel i prelegent.

Protokół posiedzenia w dniu 17 stycznia 1934 roku.

1. Kol. S. Kejlson wygłosił referat p. t.: „*Objawy wczesne nowotworów kręgosłupa*" (praca ukaże się w druku).

W pierwszej części referatu zostają omówione sprawy zagęszczeniowe i rozrzedzeniowe kręgu oraz podstawy rozważań różnicowania spraw nowotworowych.

W drugiej części referatu referent dokładnie omawia i uzasadnia nieopublikowany dotychczas wczesny objaw osteolitycznego ogniska nowotworowego trzonu kręgu. Ognisko to jest widoczne na zdjęciu przedniotylnem kręgu w postaci intensywnego wyjaśnienia w obrębie „pierścienia wyrostkowego".

2. Kol. A. Aronzon wygłosił referat p. t.: *„O zniekształcających uogólnionych sprawach chorobowych kręgosłupa"* (praca ukaże się w druku).

Na wstępie zostaje omówiona patogeneza anatomo-rentgenologiczna *spondylosis deformans, spondylitis ankylopoetica* i *kyphosis adolescentium* jako uogólnionych schorzeń zniekształcających kręgi, a rozpoczynających się pierwotnie poza kręgami.

Następnie zostają dokładnie zobrazowane: mechanizm zniekształceń kręgów, powstałych na skutek zmniejszonej wytrzymałości trzonu, oraz procesy chorobowe, które powodują tę zmniejszoną wytrzymałość. Referent dzieli schorzenia te na 2 zasadnicze grupy: 1) jedna grupa schorzeń powoduje zmniejszenie wytrzymałości istoty kostnej kręgu przez rzeczywiste rozmiękanie *(osteomalacia, ostitis deformans Paget* i *cystofibrosis generalisata Recklinghausen); 2)* druga grupa schorzeń powoduje zmniejszoną wytrzymałość przez ubytek tkanki kostnej kręgu (osteoporoza, sprawy nowotworowe i zapalne, m. inn. ziarnica złośliwa).

We wszystkich tych schorzeniach, które mogą zarazem być uogólnionemi lub systemowemi schorzeniami całego kośćca, można często już przy oglądaniu chorego spostrzec skrócony i patologicznie zgięty kręgosłup, który jest zatem w przypadkach tych nietylko zewnętrznym objawem uogólnionych zniekształceń kręgów, lecz często jedynym objawem zewnętrznym uogólnionego schorzenia całego kośćca.

Uwzględnienie powyższej klasyfikacji mogłoby niekiedy ułatwić postawienie rozpoznania w przypadkach trudnych, rzadziej spotykanych.

Wkońcu zostają zademonstrowane przypadki uogólnionych zniekształceń kręgów (w tem jeden rzadki przypadek prawdopodobnego skojarzenia przerzutów nowotworowych i zmian osteomalacyjnych) dla zilustrowania tego, z jakiemi trudnościami jest połączone niekiedy rozpoznawanie rentgenologiczne zniekształcających spraw kręgosłupowych. Często wskazane jest zbadanie rentgenologiczne całego kośćca, oraz dokładna analiza i obserwacja kliniczna przypadku. I to jednak niezawsze daje możność postawienia zupełnie pewnego rozpoznania.

W dyskusji: Kol. Lewenfisz. Przerzuty nowotworowe do kręgosłupa są bardzo częste. Na klinice prof. Gosseta w Paryżu wprowadzono jako zasadę, że każda chora, która ma być poddana zabiegowi amputacji sutka, ma prześwietlaną nietylko klatkę piersiową, lecz również i cały kręgosłup. Często stwierdza się przerzuty nowotworowe do kręgów w okresach wczesnych nowotworu sutka; niejednokrotnie spotykano w kręgach, po amputacji sutka, przerzuty nowotworowe, które istniały już przed zabiegiem operacyjnym, nie dając objawów klinicznych.

Odwrotnie obserwujemy następujące przypadki. Chora operowana spowodu złośliwego guza sutka. Przechodzą 2—3 lata. Nawrotu nie stwierdza się. Blizna pooperacyjna wiotka. Gruczoły limfatyczne niemacalne. Chora zaczyna odczuwać bóle przypominające zwykłe bóle reumatyczne czy neuralgiczne w okolicy lędźwiowej, czy też międzyżebrowej. Po kilku dniach lub tygodniach bóle te słabną i znikają. Badanie rentgenologiczne kręgosłupa nie wykazuje zmian. Niebezpieczeństwo przerzutu nowotworowego zdaje się jest wykluczone. Tymczasem po 1—2—3 miesiącach bóle te nagle występują ponownie o silnem natężeniu i mają charakter stały. Badanie rentgenologiczne, wykonywane co 2—3 tygodnie, znowu zmian nie wykazuje. Bóle wzmagają się coraz bardziej i nieraz po kilku miesiącach dopiero stwierdzamy wyraźny przerzut nowotworowy do kręgów.

Wniosek. Bóle neuralgiczne, u osób operowanych spowodu nowotworu złośliwego bardzo często są jedynemi i bardzo wczesnemi objawami przerzutów nowotworowych do kręgosłupa. Przerzuty te mogą być tak małych rozmiarów, że nie dają uchwycić się na rentgenogramach, powodować mogą jednak silne bóle.

Protokół posiedzenia z dnia 24 stycznia 1934 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. M. Lewenfisz: J. Z. lat 66, robotnik. Poważniejszych chorób nie przechodził. Przed 14 laty zaczął odczuwać ból w lewej połowie twarzy. Dwa lata cierpiał. Sądząc, że ból ten jest pochodzenia zębowego dał usunąć sobie lewy kieł. Po usunięciu zęba bóle się jeszcze bardziej wzmogły i trwały przez 12 lat, nasilając się podczas mycia twarzy i jedzenia. Bóle promieniowały w okolicę czoła. Leczył się, miał stosowaną galwanizację i t. p. — bez skutku.

A. P. lat 52, mężatka, bezdzietna, poronień nie było, nigdy nie chorowała. W grudniu 1933 r. upłynęły 4 lata, gdy nagle poczuła ból w lewej połowie twarzy, który promieniował do ucha. Przypuszczając, że jest to choroba zębów, udała się do dentysty i rozpoczęła leczenie. Nie widząc poprawy dała usunąć pięć zębów, lecz również bez pożądanego wyniku. Bóle te w ciągu 4 lat nie ustępowały dłużej niż na 1—2 dni. Zmieniało się tylko ich natężenie, które bądź było bardzo silne, to znowu słabło. Przez cały czas się leczyła, leżała w szpitalu, miała robioną elektryzację, nagrzewania, masaże, jednak bóle nie ustępowały.

Dwa powyższe przypadki z rozpoznaniem nerwobólu nerwu trójdzielnego zostały skierowane na naświetlania promieniami Roentgena. Dokonane zdjęcia rentgenowskie, badanie stomatologiczne, laryngologiczne, badanie moczu, krwi i t. d. schorzeń żadnych nie wykryły.

Każdy z chorych powyższych otrzymał 8 do 10 naświetlań. Po pierwszych naświetlaniach ból się powiększył, później ustąpił zupełnie i od 5—6 tygodni chorzy czują się zupełnie dobrze, pracują, żadnych leków nie używają.

W ciągu ubiegłego półrocza naświetlał prelegent ogółem z nerwobólem nerwu trójdzielnego 8 chorych. We wszystkich

przypadkach wynik leczenia był dobry, z wyjątkiem jednego, u którego poprzednio zastosowano zastrzykiwania alkoholu. Należy zaznaczyć, że naświetlania chorych Roentgenem po alkoholizacji dają przeważnie gorsze wyniki.

Metoda naświetlań Roentgenem nerwu trójdzielnego jest bardzo stara, bo już w r. 1899 ukazały się pierwsze publikacje Gocht'a na ten temat. Jednakże gdy przejrzeć podręczniki klasyczne, uderza nas, że o naświetlaniach promieniami Roentgena nerwu trójdzielnego znajdujemy zaledwie wzmianki. Od czasu wprowadzenia metody zastrzykiwań alkoholu rentgenoterapja uległa niemal zapomnieniu. Biorąc pod uwagę absolutną niebolesność i nieszkodliwość naświetlań promieniami Roentgena, przy należytem zachowaniu koniecznych ostrożności i fakt, że metoda ta daje często wyleczenie zupełne. (Kilka takich przypadków obserwuję od 6—7 lat). Zastanawiające jest, dlaczego rentgenoterapja nerwobólu nerwu trójdzielnego nie znalazła u nas właściwego zastosowania. Jeśli chodzi o nawroty, które mogą wystąpić po naświetlaniu, to spostrzegamy je również po zastrzykiwaniach alkoholu. Recydywy te zazwyczaj ustępują po ponownych naświetlaniach.

W dyskusji zabierali głos kol. kol.: Frenkiel, Prechner i Weinberg.

2. Kol. kol. Rosenberg i Dawidowicz przedstawili *historję choroby i krzywe elektrokardjograficzne chorego z blokiem częściowym prawej gałązki wiązki Hissa.*

3. Kol. Frenklowa wygłosiła referat p. t. *„Przyczynki do powikłań nerwowych w krztuścu".*

Zestawienie 103 przypadków powikłań krztuścowych z materjału Szpit. Anny Marji wykazało, iż na 86 powikłań płucnych było tylko 17 powikłań ze strony układu nerwowego.

Powikłania nerwowe występowały w 2 postaciach: jako drgawki (11 przypadków, 64% śmiertelności) i jako encefalopatje: 6 przypadków. W historjach chorób tych ostatnich uderza cały szereg wspólnych objawów: młody wiek pacjentów (najstarsze dziecko miało 3 lata 8 mies.), późny okres krztuśca, brak objawów oponowych, prawidłowy lub lekko zapalny płyn m. rdz. i t. p. Przebieg był we wszystkich przypadkach ciężki, trzy razy nastąpiło zejście śmiertelne. W jednym przypadku stwierdzono na sekcji prosówkę bez zmian gruźliczych w mózgu i oponach. Porażenia kończyn nie były objawem stałym, gdyż stwierdzono je tylko w 4 przypadkach (1 raz porażenie wiotkie, 1 raz niedowład wiotki, 2 razy porażenie spastyczne). U dwojga dzieci spostrzegano przejściową utratę wzroku ze zmianami zapalnemi na dnie oka.

Zmiany anatomiczne, stanowiące podłoże encefalopatyj w krztuścu są dobrze poznane dzięki badaniom Neuratha, Huslera i Spatza, Yamaoki, Dubois i in. Są to zmiany niezapalne, lecz nekrobiotyczne: homogenizacja komórek nerwowych, zwyrodnienie jąder etc. i dotyczą prawie wyłącznie istoty szarej. Dawna teorja mechaniczna (wylewy krwawe w ośrodkach nerwowych) nie jest już dziś brana pod uwagę.

Jako przyczynę tych zmian anatomicznych w tkance mózgowej należy uważać działanie toksyny pałeczki Bordet-Gengou, niewiadomo jednak, czy jest to działanie bezpośrednie, czy też — pośrednie, na drodze naczyniowej. Ten ostatni pogląd ma ostatnio najwięcej zwolenników (Spielmayer, Wildtgrube i in.).

Badania doświadczalne na zwierzętach (Fonteyne i Dagnelie, Yamaoka) nie przyczyniły się jeszcze do wyjaśnienia mechanizmu działania toksyny krztuścowej na ośrodki nerwowe.

W dyskusji: kol. Herszfinkiel obserwował przypadki powikłań nerwowych przy krztuścu i brał je początkowo za *meningitis tbc.*

Kol. Frenkiel: zaburzenia dystoniczne wskazują na to, że zajęte są jądra podstawne. Zaburzenia wzrokowe są w omawianych przypadkach pochodzenia obwodowego; czy są przypadki niewidzenia dzięki zajęciu kory potylicznej? Jak się przedstawia cukier w płynie mózgowo-rdzeniowym, — czy nie może miano cukru w płynie służyć jako objaw pomocniczy w różniczkowaniu z zapaleniem opon gruźliczem?

Kol. Ziegler zapytał, czem należy tłumaczyć, że opisane powikłania mózgowe zdarzają się tylko u dzieci do lat dwu.

Kol. Kokotek zapytał, czem należy tłumaczyć, że pomimo stwierdzonych dużych zmian anatomo-patologicznych w przypadkach tych następują polepszenia.

Kol. Frenklowa *odpowiedziała* na poruszone kwestje dodając, że ograniczone ramy referatu nie pozwoliły jej wyczerpać wszystkich zagadnień, odnoszących się do powyższego tematu.

Protokół posiedzenia z dnia 7 lutego 1934 r.

Pokazy chorych:

1. Kol. Lubicz przedstawił *rentgenogram wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego z brakiem główki kości biodrowej.*

2. Kol. Dzierzyński przedstawił szereg fotografij rzadszych przypadków neurologicznych i mózgów z omówieniem zespołów przysadkowo-lejkowych i leczenia kiły układu nerwowego.

I. *Eunuchoidyzm.* 59-letni mężczyzna, niedorozwój narządów płciowych i brak męskiego owłosienia.

II. *Schizofrenja* u 36-letniego mężczyzny z brakiem jąder od 25 roku życia.

III. *Torbiel zwapniała w obrębie przysadki i okolicy nadprzysadkowej* u 47-letn. kobiety, stwierdzona na zdjęciu rentgenowskiem.

IV. *Nadczynność przysadki, przytarczyc i nadnerczy, niedomoga jajników,* co odpowiada zespołowi Cushinga, przy którym jest pierwotna nadczynność komórek zasadochłonnych przysadki z wtórnemi zaburzeniami w innych gruczołach dokrewnych. Leczenie: naświetlanie promieniami Roentgena przysadki i nadnerczy.

V. *Pozostałości po schorzeniu w wieku niemowlęcym w obrębie trzeciej komory mózgu* pod postacią niedorozwoju umysłowego, niedorozwoju gruczołów płciowych i tarczycy przy nadczynności kory nadnerczy.

VI. *Przypadek karlowatości lejkowo-przysadkowej na tle wodoglowia.*
VII. *Przypadek moczówki prostej na tle kiły.*
VIII. *Przypadek kiły drugorzędnej z dwustronnem porażeniem nerwów twarzowych.*
IX. *Meningitis basilaris luetica.*
X. *Zaniki mięśni typu Aran - Duchenne'a pochodzenia kiłowego.*
XI. *Tabo-paralysis z potwierdzeniem sekcyjnem.*
XII. *Wiąd rdzenia, artropatja lewego stawu kolanowego.*

W dyskusji zabierali głos kol. kol.: Klozenberg, Kryszek, Banasz, Turyn, Heller, Frenkiel, Łagunowski i prelegent.

3. Kol. Uryson demonstruje z oddziału wewnętrznego B Szpitala im. Poznańskich *przypadek 15-letniego chłopca ze zwężeniem i niedomykalnością zastawki dwudzielnej silnego stopnia.* Przypadek zasługuje na uwagę dla dwóch powodów:

1. Pomimo stosunkowo dobrego stanu chorego uderza ledwie wyczuwalne nitkowate tętno na obydwu kończynach górnych. Gorsze wypełnienie tętna na lewej kończynie górnej w przypadkach zwężenia zastawki dwudzielnej spostrzegano na oddziale niejednokrotnie. Kol. Uryson omawia przyczynę tego zjawiska; prawdopodobny ucisk powiększonego przedsionka na pnie naczyniowe. W demonstrowanym przypadku ledwie wyczuwalne tętno na obu kończynach górnych tłumaczy się silnym stopniem zwężenia i małą ilością wyrzutowej krwi (demonstracja dwóch tonoscylogramów).

2. Chory wymiotuje od półtora roku; od pół roku po zastosowaniu diety bezsolnej wymioty wzmogły się. Po przybyciu do szpitala wymioty po każdem jedzeniu trwały nadal i pomimo nasilenia dekompensacji chory tracił na wadze. Podawanie naparstnicy doustnie i doodbytnicowo usunęło wprawdzie objawy niewyrównania, lecz wymioty wzmogły się, zwłaszcza po stosowaniu neptalu. Jako przyczynę wymiotów stwierdzono u chorego: niski poziom chlorków we krwi (406 mg ‰) przy ilości mocznika we krwi 44 mg ‰. Widzimy zatem możliwość istnienia czystej chloropenji bez azotemji. Rzadkie przypadki tego typu były opisane przez Rudolpha i z kliniki Koranyego.

W danym przypadku wymioty wystąpiły początkowo prawdopodobnie na tle zastoinowem; nasiliły się po długotrwałej bezsolnej diecie. Podanie choremu 200 g fizjologicznego roztworu NaCl podskórnie usunęło w ciągu doby wymioty. Przy dalszem podawaniu 3 g NaCl doustnie w diecie — wymioty więcej się nie zjawiły.

Protokół posiedzenia z dnia 21 lutego 1934 r.

Pokazy chorych:

1. Kol. Lajchter przedstawił *przypadek uporczywego nerwobólu nerwu trójdzielnego,* wyleczony po jednym zastrzyku alkoholu obwodowo do *for. mandibulare.*

2. Kol. Lubicz przedstawił *przypadek koślawych podudzi (crura vara)*, zaniedbanych, pokrzywionych u 18-letniej pacjentki, wyleczony zapomocą operacji osteotomji podskórnej i podokostnowej.

3. Kol. Itelson przedstawił *przypadek gośćca mózgowego*, ostrej psychozy w przebiegu ostrego gośćca stawowego. Objawy mózgowe ustąpiły po dużych dawkach salicylu. Pacjent, lat 57, poprzednio zawsze zdrowy, zachorował nagle wśród objawów i obrzmienia stawów kończyn górnych i dolnych przy wysokiej ciepłocie. Stosowanie salicylu już po trzech dniach dało pożądany wynik: T° spadła do 37,2—37,3, bóle zmalały; dwunastego dnia choroby przy ciepłocie ciała 37,2 wystąpiły nagle objawy stanu manjakalnego. Objawy te, jak naprz. podniecenie, niepokój, zrywanie się z łóżka, zamroczenie, ustąpiły zupełnie po tygodniu. Przypadek ten zasługuje na uwagę jako rzadkie powikłanie zakażenia gośćcowego, tem bardziej, iż objawy gośćca mózgowego wystąpiły w okresie nieznacznego wzniesienia ciepłoty. Przypadek nasz potwierdza słuszność poglądu, iż nie T° *(hyperpyrexia)*, lecz zakażenie gośćcowe jako takie przyczynia się do wystąpienia objawów ze strony kory mózgowej.

W dyskusji zabrał głos kol. Ryder.

Kol. Lewenfisz wygłosił referat p. t.:

„Rentgenoterapja nadnerczy, jako jedna z metod leczniczych choroby Basedowa".

Z punktu widzenia fizjologji patologicznej udział nadnerczy i układu wegetatywnego w chorobie jest powszechnie uznany. Dowodzi tego cały szereg prac zarówno z dziedziny doświadczalnej jak i spostrzeżeń klinicznych. Naświetlania nadnerczy przy chorobie Basedowa stosowałem w 24 przypadkach z wynikiem dodatnim. Zbyt krótki okres czasu nie pozwala mówić o wyleczeniu, jednak poprawa została bezwzględnie stwierdzona. Poprawa dotyczyła zarówno objawów wynikających z nadczynności tarczycy, jak również objawów, tyczących się układu współczulnego. Naświetlanie nadnerczy nie jest połączone z jakiemkolwiek niebezpieczeństwem, leczenie jednak jest długie i wymaga często 4—5, a nawet i więcej seryj naświetlań, zależnie od przypadku. (Referat ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Barciński. Wyniki otrzymane przez prelegenta byłyby rzeczywiście rewelacyjne, o ile w opisanych przypadkach nie były jednocześnie stosowane inne metody lecznicze.

Kol. Frenkiel zapytał, jakie dawki stosował prelegent.

Kol. Kryszek zapytał, na czem oparty był podział leczonych przypadków na tyreotoksykozy i chor. Basedowa, oraz jaki był wpływ leczenia na narządy krążenia.

Kol. Bornstein przytoczył kilka uwag teoretycznych w sprawie mechanizmu działania omawianych naświetlań.

Kol. Bender obserwował przypadek bardzo ciężkiej tyreotoksykozy, w którym inne metody lecznicze zawiodły, a naświetlanie nadnerczy dało bardzo pomyślne wyniki.

Kol. Gliksman przypuszcza, że naświetlanie działa na objawy współczulne.

Kol. Lewenfisz *odpowiedział* na poruszone w dyskusji sprawy.

5. Kol. Neumark wygłosił referat p. t.: *„Uogólniona erytrodermja złuszczająca po podaniu wyciągu z paproci"*.

Protokół posiedzenia z dnia 28 lutego 1934 r.

P. E. Rosset, Naczelnik Wydziału Statystycznego wygłosił referat p. t.: *„Statystyka duru brzusznego w Łodzi"* (praca ukaże się w druku).

Kol. T. Załęski wygłosił: *„Epidemjologja duru brzusznego"*.

Kol. L. Szyfman wygłosił referat p. t. *„Z kazuistyki tegorocznej epidemji duru brzusznego"*.

Prelegent wskazuje na trudności rozpoznawcze atypowo przebiegających postaci duru brzusznego, poczem omawia szereg takich przypadków, spostrzeganych na mieście i w szpitalu podczas tegorocznej epidemji (przyp. t. zw. nefrotyfusu, hepatotyfusu i t. p.).

W konkluzji prelegent przychodzi do wniosków następujących:

1) Atypowe przypadki duru brzusznego zdarzają się częściej niż bywają rozpoznane.

2) Te właśnie niecharakterystyczne przypadki duru, wcale lub późno rozpoznawane, przyczyniają się nierzadko do szerzenia epidemji i dlatego też właściwe i jaknajwcześniejsze ich rozpoznawanie mogłoby mieć doniosłe znaczenie pod względem epidemjologicznym.

3) Podczas epidemji duru w każdym przypadku choroby gorączkowej niezależnie od obrazu chorobowego, należy myśleć i o durze i przeprowadzać w tym kierunku badania.

4) Do wczesnego rozpoznawania duru brzusznego przyczynićby się mogło jaknajszersze stosowanie posiewów krwi na żółci w początkowym okresie choroby.

W dyskusji: Kol. Misjon. Posiew z krwi przyśpiesza rozpoznanie duru brzusznego i należałoby go szerzej stosować. Uświadomienie otoczenia chorego i wogóle ludności odgrywa ważną rolę w walce z durem brzusznym.

Kol. Żurkowski. Krzywe epidemjologiczne pozwalają zorjentować się w rodzaju epidemji; żadna epidemja nie daje tak wysokiego wzniesienia krzywej, jak epidemja wodna. Przy ostatniej epidemji duru brzusznego w wojsku stwierdzono, że przyczyną był ulewny deszcz, który spowodował zakażenie studzien z dołów biologicznych. Kwestja zanikania zarazków duru brzusznego w wodzie nie jest jeszcze zupełnie ustalona, faktem jest, że nie udaje się wyhodować z wody zarazków duru brzusznego.

Kol. Ładyński przytoczył kilka uwag w sprawie cyfr statystycznych epidemji duru brzusznego w Łodzi i omówił epidemję w Chicago, mającą związek z dużem spożywaniem ostryg. Epidemje mleczne bywają bardzo groźne. Pożądane byłoby wprowa-

dzenie pogotowia bakterjologicznego. Odpowiedzialność samorządów za wybuch epidemji sprzyjałaby bardzo staranniejszemu przestrzeganiu przepisów higjeny wody i mleka.

Kol. Skalski. Łódź - miasto ma stosunkowo znacznie więcej zachorowań na dur brzuszny, niż województwo, coby przemawiało za tem, że warunki higjeniczne na wsiach i małych miasteczkach są pod tym względem pomyślniejsze, może jednak meldowanie zachorowań na prowincji nie jest zbyt dokładne.

Kol. Kokotek. Eozynofilja na wysokości choroby duru brzusznego jest objawem niepomyślnym. Odczyn dwuazowy jest odczynem niepewnym przy rozpoznawaniu duru i zagranicą go nie stosują. Posiew krwi dodatni nie przemawia bezwzględnie za durem, może mieć miejsce nosicielstwo zarazków.

Kol. Ryder. Czynnik geograficzny nie zdaje się odgrywać roli w epidemji duru, bowiem w tej samej miejscowości ilość zachorowań znacznie spada po wprowadzeniu wodociągów i kanalizacji. Okresowe nasilenia epidemji duru są możliwe, podobnie jak i przy innych chorobach zakaźnych. Przytoczył następnie oryginalne poglądy dr. Chapina z Ameryki na sprawy higjeny i przenoszenie zarazków.

Prelegenci *odpowiedzieli* na poruszone w dyskusji sprawy.

Protokół posiedzenia w dniu 7 marca 1934 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Witoński. *Przypadek wyleczenia zatrucia weronalem przy pomocy dużych dawek strychniny.* Demonstruje przypadek z oddziału wewnętrznego B Szpitala Poznańskich, wyleczony dużemi dawkami strychniny, stosowanej dożylnie. Chora zażyła 5 g weronalu. Leczenie rozpoczęto w 4 godziny po zatruciu. Otrzymywała po 10 mg strychniny dożylnie w odstępach 1 - godzinnych, aż do wystąpienia szczękościsku. Po 28 - godzinach całkowity powrót do przytomności. Otrzymała w sumie 52 mg strychniny dożylnie od 50 cm^3 koraminy.

Kol. Kryszek zwrócił uwagę na duże dawki strychniny, jakie były zastosowane u omawianej chorej.

2. Kol. J. Kon wygłosił referat p. t.: *Przypadek choroby Herter-Heubnera" (infantilismus intestinalis).*

3. Kol. Banasz wygłosił *„Pokaz pyelogramów wodonerczy"*.

Protokół posiedzenia w dniu 21 marca 1934 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Dengel: A) *Aneurysma arteriae femoralis,* tętniak pourazowy z pomyślnym wynikiem operacyjnym. Przedstawia chorego lat 38, który został postrzelony kulą rewolwerową w lewe udo, nieco poniżej pachwiny. Na tle urazowem wytworzył się tętniak tętnicy udowej, który sprawiał choremu dolegliwości w postaci bólów i uczucia mrowienia w kończynie. Dokonano wycięcia tętniaka i zeszycia końców tętnicy ze sobą. Już na stole operacyjnym stwierdzono drożność tętnicy udowej. Wynik operacji dosko-

nały, pacjent chodzi dobrze, nie odczuwając dolegliwości. B) *Plastyka przełyku w przypadku zwężenia po oparzeniu ługiem.* Przedstawia przypadek operacji wytwórczej przełyku spowodu zwężenia tegoż na skutek oparzenia ługiem. Pacjentka przed operacją nie mogła należycie odżywiać się, przyjmując tylko płyny i to z wielką trudnością. Kol. D e n g e l dokonał operacji wytwórczej przełyku, formując przełyk z żołądka, a mianowicie duża krzywizna żołądka została częściowo odcięta od reszty narządu i w kształcie rurki zeszyta. Rurkę tę wyprowadzono pod skórą na mostku na wysokości przyczepu 3 żebra. Otwór ten połączono z wydzielonym przełykiem w obrębie szyi zapomocą drenu. Jest to 3 etap oper. Obecnie pacjentka dobrze się odżywia i wkrótce dokończona zostanie skórna część przełyku i zakończenie operacji.

2. Kol. K u n i g. *Wczesny objaw ręki szponiastej oraz rozległe zaburzenia nerwowe po przebytem złamaniu kości promieniowej.*

W dyskusji: kol. N u n b e r g obserwował od samego początku demonstrowaną pacjentkę, zaraz po złamaniu były już objawy porażeń nerwów, powikłanie należy do bardzo rzadkich, przypuszczalnie miało tu miejsce rozległe uszkodzenie części miękkich.

3. Kol. A. U r y s o n demonstruje z oddziału wewnętrznego B Szpitala Poznańskich przypadek wyleczonego ropnia płuc. Chory przybył na oddział w stanie bardzo ciężkim. Ciepłota przeszło 39°; dreszcze, poty, tętno 130—140; stłumienie nad płucem prawem, sięgające do połowy łopatki; liczne drobnobańkowe rzężenia i trzeszczenia. We krwi do 25.000 białych ciałek, 85% obojętnochłonych, w tem 25% pałeczkowatych; brak kwasochłonnych. Chory odpluwał dziennie 200—250 cm³ ropnej, cuchnącej plwociny. Roentgen w pierwszym tygodniu pobytu w szpitalu w okresie, w którym przebieg kliniczny przemawiał już za abscedującą pneumonją, wykazał tylko ognisko pneumoniczne; dopiero w drugim tygodniu w ognisku tem stwierdzono rentgenologicznie wyjaśnienie, wskazujące na obecność ropnia.

W przebiegu schorzenia do ropnia dołączył się wysięk międzypłatowy i opłucnowy. Chory otrzymywał emetynę (2 g), dożylnie neosalwarsan z wapniem (2½ g).

Obecnie, po powrocie z miejscowości klimatycznej, zupełnie zdrów; jedynie rentgenologicznie w dolnej części prawego płuca jama, wielkości jaja gołębiego o delikatnych ściankach.

Na specjalną uwagę zasługuje wystąpienie w krótkim czasie po przebytej chorobie pałeczkowatych palców.

Pokaz dwóch rentgenogramów.

4. Kol. T o m a s z e w i c z wygłosił referat p. t.: *„Przyczynek do chirurgji choroby Basedowa".*

Dyskusja.

Kol. D e n g e l. Lekkie przypadki choroby Basedowa w okresach początkowych mogą być leczone środkami wewnętrznemi. Przygotowanie jodowe chorych przed operacją powinno się odbywać na oddziale chirurgicznym, również chirurg ustanawiać winien odpowiednią fazę choroby do operacji. Przypadków z bardzo szybkiem tętnem nie operuje, a odsyła do radjologa.

Kol. K u n i g. Payr celem uniknięcia wstrząsu operacyjnego zastrzykuje zapobiegawczo nowokainę do splotu nerwowego.

Kol. Z b o r o m i r s k i. Operacja na stole diatermicznym zapobiega występowaniu pneumonji pooperacyjnej.

Kol. K r y s z e k podkreśla znaczenie pomiarów ciśnienia w przypadkach Basedowa, zwłaszcza w okresie przedoperacyjnym; rokowanie operacyjne powinno być więcej uzależnione od wysokości różnicy ciśnień (PP), niż od szybkości tętna.

Gdyby śpiączka pooperacyjna miała być zależna od presoreceptorów, to zgodnie z doświadczeniami na zwierzętach i poszczególnemi spostrzeżeniami klinicznemi, należałoby równocześnie ze spadkiem ciśnienia oczekiwać zwolnienia tętna. Omawia mechanizm działania presoreceptorów i wpływ ich podrażnienia względnie porażenia na ciśnienie i tętno.

Przy operacjach szyjnych, zwłaszcza przy strumektomjach, chirurgja posługuje się już obecnie, w razie grożącej zapaści, przecięciem włókien presoreceptorów. Zapobiega to spadkowi ciśnienia.

Zapytuje wreszcie o przebieg kliniczny i stopień powrotu do zdrowia przypadków Basedowa, obserwowanych w szpitalu i leczonych konserwatywnie.

Kol. K a l i s z podkreślił ważność doboru momentu operacji przy chorobie Basedowa, w sprawie tej decydować powinien internista.

Kol. S z y f m a n. Dokładne oznaczenie momentu operacji przy chorobie Basedowa jest bardzo trudne. O ile po 6 tygodniowym pobycie chorego w dobrych warunkach klinicznych przy jednoczesnem stosowaniu środków wewnętrznych nie następuje poprawa, należy myśleć o operacji.

Kol. B o r n s z t e i n zaleca dużą cierpliwość przy leczeniu konserwatywnem.

Kol. I t e l s o n przytoczył kilka uwag w sprawie wskazań do operacji, oraz stosowania glukozy i przetworów wątroby.

Kol. T o m a s z e w i c z w odpowiedzi jeszcze raz podkreślił potrzebę ścisłego porozumienia internistów z chirurgami w sprawie wskazań i przygotowania chorych na Basedowa do operacji.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a w dniu 28 marca 1934 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. E i s n e r przedstawia *przypadek porażenia nerwu twarzowego* po ranie postrzałowej czaszki. Operacja polegająca na połączeniu obwodowej gałązki nerwu twarzowego z centralną nerwu podjęzykowego. Wynik operacji bardzo dobry, chory zamyka oko i porusza kątem ust.

2. Kol. K o t o k demonstruje chorego lat 62 z oddziału wewnętrznego A Szpitala Poznańskich z klinicznie i rentgenologicznie stwierdzonym *wrzodem żołądka.*

Chory w ciągu kilku miesięcy pozostawał w domu w łóżku, leczony farmakologicznie i dietetycznie, ale bez skutku: nadal trwały uporczywe bóle, obecna krew utajona w kale. Wobec tego

chory udał się do szpitala zdecydowany nawet na zabieg operacyjny.

W szpitalu zastosowano wg. metody Barrano wstrzykiwania *Natr. benzoici* w 25% roztworze 2 cm³ dożylnie codziennie naczczo. Poprawa kliniczna rozpoczęła się przejawiać mniejwięcej po 30 zastrzykach. Obecnie po 60 zastrzykiwaniach chory czuje się zupełnie dobrze, krew utajona w kale ostatnio od miesiąca nieobecna. Chory pozostawał na specjalnej diecie mlecznej.

Nie wysuwając żadnych daleko idących wniosków z tego pojedynczego przypadku, prelegent pozwala sobie go jednak zademonstrować dla zachęcenia do dalszych prób nad tą metodą leczniczą.

W dyskusji: Kol. L. M i n c przypuszcza, że sama dieta, stosowana przez dłuższy czas, wpłynąć może uzdrawiająco.

Kol. S z y f m a n podkreśla, że włoski klinicysta Barrano, który zaproponował tę metodę, przeprowadził kurację tę u kilkudziesięciu chorych z wynikiem bardzo dobrym, potwierdzonym prawie we wszystkich przypadkach i rentgenologicznie, przyczem u chorych tych nie stosował nawet żadnej diety. Dzisiejszy pokaz miał na celu przedewszystkiem zwrócenie uwagi na tę nową, godną dalszych prób, metodę.

3. Kol. F a j w l e w i c z przedstawia *przypadek obustronnej gruźlicy płuc z jamami w obydwu płucach, leczony odmą sztuczną obustronną równocześnie.* Chora lat 22, panna, mieszkanka wsi. W wywiadach u obojga rodziców *tbc.;* rodzeństwo zdrowe. Przybywa po raz pierwszy do szpitala w czerwcu 1933 r.; choroba trwa od maja tegoż roku. W szpitalu ciepłota prawidłowa; za sprawą czynną przemawiają poza danemi opukowemi i osłuchowemi przyśpieszone opadanie (40') oraz stałe przyśpieszenie tętna. Nie pluje. W rentgenie: rozległe zmiany o charakterze mieszanym w płucu prawem, jama w okolicy podobojczykowej prawej, twarde, smugowate cienie zagęszczenia w wierzchołku lewym. Zastosowano leczenie odmą prawostronną. Chora otrzymuje kolejne insuflacje 300, 500, 600 cm³. W rentgenie pas odmy szerokości 4 palców, jama prawie uciśnięta. Chora w stanie znacznej poprawy opuszcza szpital, poczem otrzymuje ambulatoryjnie dalszych 11 insuflacyj, w czasie których stan poprawy utrzymuje się. W lutym r. b. chora zapada rzekomo na „grypę", po której lekarz stwierdza świeże zmiany w płucu lewem i kieruje chorą ponownie do szpitala celem założenia odmy obustronnej. Chora otrzymuje w szpitalu 3 insuflacje po stronie lewej, jedną — po prawej. Mimo dużych insuflacyj z obu stron (500 cm³) i szerokiego na 3½ palca pasa powietrza z każdej strony w rentgenie, chora żadnych przykrych sensacyj nie miewa i czuje się dobrze. Pomiędzy poszczególnemi odmami chora otrzymuje dożylnie aurosan w *calc. chloratum.* Chora opuszcza szpital z dużą poprawą.

Zostają przedstawione 2 klisze rentgenowskie i omówione wskazania do obustronnej odmy (przewlekły lub podostry przebieg, dobry stan ogólny, młody wiek, wydolny narząd krążenia, bilateralizacja w czasie leczenia odmą jednostronną).

W dyskusji: Kol. F a j w l e w i c z podkreśla poprawę w ocenie danych rentgen. oraz kliniczną w czasie obserwacji szpitalnej.

Kol. R e i t e r o w s k i zaznacza, że kilkutygodniowa obserwacja szpitalna nie przemawia jeszcze za zupełnem wyleczeniem, możliwe są dalsze pogorszenia.

4. Kol. S z y f m a n przedstawił chorego, który był przyjęty do szpitala jako podejrzany na wrzód żołądka, zdjęcie rentgenowskie nie wykazało owrzodzenia, badanie krwi wykazało poliglobulię, ze zmniejszoną ilością kwasu solnego w treści żołądkowej *(hypaciditas)*. Chory uskarżał się na zawroty i bóle głowy oraz ucisk w dołku podsercowym. Badanie treści żołądkowej wykazało wybitną niedokwaśność. Badanie treści dwunastniczej wykazało obecność *lamblii intestinalis*. Badanie morfologiczne krwi: E.: 6,740,000, Hb.: 127%, I.: 0,9. Obraz czerwonych ciałek krwi normalny. Hemogram: ilość b. c. krwi = 8.550, obojętnochłonnych = 72%, pałeczkowatych 12%, segment. 60%, kwasochł. 1%, limfoc. 20%, monoc. 7%, śledziona niemacalna - PP - 120/80 mm Hg.

Przypadek zasługuje na uwagę z 2 względów: po pierwsze ze względu na lambljazę, od której zależą najprawdopodobniej dolegliwości żołądkowe chorego, po drugie ze względu na rzadko spotykany zespół chorobowy, mianowicie wybitną niedokwaśność towarzyszącą policytemji *(polyglobulia vera)*.

Kol. T u r y n: Podobnie jak w przypadku demonstrowanym policytemji towarzyszy najczęściej brak kwasu solnego w żołądku.

5. Kol. S z y f m a n wygłosił referat p. t.: *„Z kazuistyki stanów śpiączkowych u chorych na cukrzycę"*.

Na wstępie referent podkreśla trudności, jakie nastręcza w praktyce rozpoznawanie stanów śpiączkowych u cukrzycowych, podając przytem cechy różniczkowe najczęściej spostrzeganych stanów komatycznych, mianowicie: *coma diabeticum, coma hypoglycaemicum, coma arterioscleroticum (vel cerebrale), coma uraemicum,* wreszcie *coma cardio-vasculare.*

Następnie omawia szczegółowo dwa przypadki *coma arterioscleroticum (vel cerebrale)* u chorych na cukrzycę, obserwowane na oddziale szpitalnym. Jeden z tych przypadków zasługuje na uwagę ze względu na to, że do sprawy sklerotycznej dołączyła się kwasica. Wystąpiła więc kombinacja: *coma arterioscleroticum; coma diabeticum.*

Przypadek drugi dotyczył 72-letniej, dotkniętej cukrzycą i miażdżycą pacjentki, leczonej w domu insuliną. W przypadku tym zasługuje na uwagę wystąpienie objawów hipoglikemicznych w przebiegu *coma cerebrale,* przy minimalnych dawkach insuliny. Powstanie hipoglikemji tłumaczy się po pierwsze tem, że chorej zastrzykiwano w domu insulinę podczas dwudniowego głodzenia się i powtóre, że chorzy na sklerozę są wybitnie wrażliwi na obniżanie poziomu cukru we krwi. Z tego właśnie względu stosowanie insuliny u chorych na sklerozę wymaga specjalnych ostrożności.

6. Kol. K r y s z e k i kol. B a r c i ń s k i wygłosili: *„Z kliniki i terapji policytemji"*.

Kol. K r y s z e k omawia zagadnienie czerwienicy. Po omówieniu używanej nomenklatury *(polycythaemia, polyglobulia, erythraemia)*, różnicy pomiędzy poliglobulją pierwotną a wtórną, zatrzymuje się dłużej nad poszczególnemi postaciami klinicznemi czerwienicy. Podkreśla częstość występowania postaci bez powiększonej śledziony i bez nadciśnienia, poczem omawia szczegółowo cztery przypadki (jeden z oddziału neurologicznego Dr. Klozenberga) czerwienicy i siedem przypadków poliglobulji wtórnej.

Omawiając przypadki, nawiązuje do patogenezy i symptomatologji schorzenia, poczem omawia stosowane w tem schorzeniu metody leczenia, a więc: upusty krwi, nakłucia lędźwiowe, wdechanie tlenu, małe dawki wątroby, duże dawki As, tyreoidynę, śledzionę, wreszcie — metodę wybiórczą — Roentgena (rzecz przeznaczona do druku).

Kol. J. B a r c i ń s k i. Prelegent na wstępie omawia historyczny rozwój leczenia prom. Roentgena czerwienicy: od odosobnionych naświetlań śledziony, poprzez łączne napromienianie śledziony, kości długich i mostka, aż do wyłącznych napromienień kości długich i mostka, która to ostatnia metoda przez długi czas uchodziła za metodę najlepszą. W związku z demonstrowanemi 4 przypadkami czerwienicy prelegent zatrzymuje się dłużej nad techniką napromienień kości długich i osiągniętemi wynikami leczniczemi. Zaobserwowane w I-szym przypadku początkujące zmiany zanikowe skóry, jako wyraz urazu popromiennego, skłaniają prelegenta do zmiany techniki rentgenoterapeutycznej w myśl zalecanych przez Sgalitzera napromienień ogólnych. Osiągnięto wyniki lecznicze znacznie lepsze. Na tej podstawie prelegent ocenia metodę napromienień ogólnych jako skuteczniejszą, szybszą i bardziej ekonomiczną.

W dyskusji: Kol. T u r y n: O ile wskazane jest leczenie policytemji metodami zmniejszającemi ilość krwi krążącej, to dążenie do redukcji liczby erytrocytów w poliglobuljach wynikających z głodu tlenowego jest wręcz szkodliwe. Chorzy tacy przy normalnej liczbie erytrocytów duszą się. Kol. Turyn omawia cechy krwi w policytemji i poliglobulji; oddzielnie stoją poliglobulje przy nadkwaśności: są fizjologiczne, stanowią cechę ustrojową, nie kompensują nic, nie mają żadnych cech patologicznych. Wzór ciałek białych mają również inny niż policytemje i poliglobulje wtórne.

Kol. L e w e n f i s z. Rentgenoterapja ma zastosowanie nietylko w policytemjach pierwotnych lecz i w policytemjach wtórnych. Jeśli w policytemjach pierwotnych promienie X działają bezpośrednio na wzmożoną czynność szpiku kostnego, a więc na tkankę, w której powstawanie czerwonych ciałek krwi uległo zaburzeniu, co jest istotą tego schorzenia, to w policytemjach wtórnych skuteczność rentgenoterapji wydawać się może conajmniej dziwną. W 1930 roku ukazał się artykuł d-rów: Pagniez, Rouxqués i Solomona w piśmie: *„Le Sang"* (Tom IV. Nr. 2. 1930) p. t.

„Radiothérapie et physio-pathologie des poliglobulies d'origine cardio-pulmonaire", w którym autorzy przytaczają dodatnie wyniki leczenia rentgenoterapją policytemji wtórnej. U przytoczonych chorych wraz z poliglobulją ustąpiła również sinica, duszność i tachykardja. Poprawa utrzymywała się dość długo, przeszło rok. Poprawę tę z punktu widzenia koncepcji klasycznej i fizjopatologji policytemij wtórnych należy sobie wytłumaczyć tem, że poliglobulja, która u tego rodzaju chorych jest obroną ustroju, może nieraz przekroczyć jego potrzeby, przyczyniając się w ten sposób do powstawania sinicy i duszności.

Pozatem wspomnę, że liczba czerwonych ciałek krwi, przy naświetlaniu nawet dużemi dawkami rentgenowskiemi kości długich w policytemji, nie obniża się poniżej normy fizjologicznej, tak jakby promienie X działały wyłącznie na nadmiar erytrocytów. Jeśli chodzi o białe ciałka krwi, to podczas naświetlań obserwujemy niemal wyłącznie przejściową eozynofilję.

Następnie zabierali głos koledzy W a j s k o p f, S z y f m a n i K o c e n.

Dr. K r y s z e k *w odpowiedzi:*

Kol. W a j s k o p f o w i — wątrobę stosuje Stephan w małych dawkach, Türck zaś As w dużych dawkach. Przekarmianie tłuszczem podał ostatnio Rothman.

Kol. T u r y n o w i — policytemję cechują objawy regeneracji krwi, a więc normoblasty, polichromatofilja, retikulocytoza, zwiększenie zasadochłonnych komórek, wreszcie leukocytoza. Cechy te nie występują w poliglobulji wtórnej. Niema zatem potrzeby tworzenia poza policytemją pierwotną i poliglobulją wtórną pośredniej trzeciej postaci.

Czwarty, rzadki, omawiany przypadek niewątpliwie wymaga dalszej obserwacji.

Zagadnienie roli żołądka nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione. W każdymbądź razie przeciw poglądowi Hitzenbergera, Binga, Friedmana i inn. o współrzędności policytemji z nadkwaśnością przemawia chociażby demonstrowany przypadek kol. Szyfmana.

Kol. L e w e n f i s z o w i — praca Pagneiz i Solomona jest odosobniona; wydaje się słuszniejszym pogląd, by nie przeciwdziałać leczniczo urządzeniom kompensacyjnym organizmu, jakiem narówni z obrzękami jest sinica z wtórną poliglobulją.

Kol. I. M. B a r c i ń s k i. Napromieniania czerwienicy wtórnej przy niedomodze serca są do pomyślenia tylko w sensie obniżenia lepkości i parcia krwi, co może w pewnym stopniu odciążyć układ krążenia, nie powinno się mieć na celu niszczenia czerwonych ciałek krwi, których zwiększona ilość występuje jako urządzenie kompensacyjne.

Przed napromienianiami śledziony obok kości długich zalecanemi przez niektórych autorów jak Solomon, Schlesinger, Falta i inni, — Holfeder, Milani i szereg innych autorów uważa napromienianie śledziony za wręcz szkodliwe. Sprawa napromieniań śledziony nie jest do dnia dzisiejszego rozstrzygnięta.

Liczba białych ciałek krwi a zwłaszcza ich spadek jest ważnym drogowskazem podczas leczenia prom. Roentgena czerwienicy, ale nie jest decydujący, niemniej ważne jest ilościowe zachowanie się czerwonych ciałek krwi i ogólny stan chorego.

Sekretarz: *Dr. B. Czaplicki.*

Protokół posiedzenia w dniu 4 kwietnia 1934 r.

1. Kol. Mittelstaedt, Sekretarz Stały Towarzystwa, wygłosił dłuższe przemówienie poświęcone 50-leciu działalności społeczno-lekarskiej i naukowej Kolegów Bronisława Handelsmana, Bolesława Mikłaszewskiego i bł. p. Henryka Kona.

2. Kol. B. Handelsman wygłosił odczyt p. t.: *„O chorobach zawodowych"* (praca ukaże się w druku).

Protokół posiedzenia w dniu 18 kwietnia 1934 r.

1. Kol. Skalski demonstruje *samootwierające się kapsułki* Dr. St. Kuglera; kapsułki te mają tę zaletę, że nie otwiera się zapomocą dmuchania i nie przykłada się do warg; odpowiadają, w przeciwieństwie do dotychczas używanych, przepisom higjeny, zasługują na stosowanie.

2. Kol. S. Minc wygłosił odczyt p. t.: *„Rozpoznawcze znaczenie pewnych objawów klinicznych"*. (Praca ukaże się w druku).

3. Kol. W. Miller wygłosił odczyt p. t.: *„Obecny stan wiedzy o reumatyzmie infekcyjnym"*.

W dyskusji zabierali głos: Kol. B. Handelsman i K. Ściesiński.

Sekretarz: *Dr. A. S. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 25 kwietnia 1934 r.

1. Kol. A. Kryński i Kol. N. Haltrecht przedstawiają 25-letnią pacjentkę, u której *skóra w okolicy dłoni i stóp, jak również czoła, rowków nosowo-policzkowych i pach jest pomarańczowo-złocistej barwy.* Mamy tu do czynienia ze stanem chorobowym, opisanym po raz pierwszy w r. 1896 przez prof. Baelza w Tokjo pod nazwą *„aurantiasis cutis"*. Późniejsi autorzy opisywali tę chorobę pod różnemi innemi nazwami, jak: *carotinaemia, xantodermia lipochromica* (Urbach), *xantochromia, orchodermatosis, pseudo-icterus.* Zmiany zabarwienia skóry, jak wykazały ostatnie badania, powodowane są przez nadmierne nagromadzenie się w skórze (przeważnie w warstwie rogowej) karotynu. Barwik ten powstaje w ustroju z barwików ksantofilnych zawartych w dużych ilościach w niektórych roślinach (w marchewkach, pomarańczach i innych). Noorden, który obserwował tę chorobę u diabetyków, nazwał ją *„Xantosis diabetica"*, jednakowoż obserwowano *aurantiasis cutis* u ludzi bez cukrzycy. Taksamo u naszej pacjentki ilość cukru we krwi, zarówno jak i ilość cholesteryny — są normalne; natomiast lipochrom w su-

rowicy jest znacznie powiększony, co można było już stwierdzić gołem okiem (surowica naszej pacjentki była znacznie ciemniejsza od normalnej i miała odcień pomarańczowy). Barwik żółci we krwi i w moczu znajduje się w ilości normalnej. (Streszczenie własne).

2. Kol. N. Haltrecht przedstawia *przypadek melanosis Riehl'a* u 45 letniego palacza. Pacjent czuje się naogół dobrze; ciśnienie krwi normalne. Osiem miesięcy temu prelegent zauważył na przedramionach, rękach i twarzy ciemno-bronzowe plamki, które się coraz więcej rozszerzały tak, że obecnie wyżej wymienione części ciała są całkowicie ciemno-bronzowo zabarwione. Przebarwienie to jest jednakże niejednolite, miejscami widać jaśniejsze punkciki. Skóra jest gładka, czysta, bez komedonów i bez folikulitów.

Patogeneza tej choroby jest jeszcze niedostatecznie wyjaśniona. Riehl, który obserwował tę chorobę podczas wojny światowej w Austrji, uważał za jej przyczynę różne domieszki roślinne, zawarte w ówczesnym „chlebie wojennym". Według innych autorów mamy tu do czynienia z intoksykacją, bliżej nieznanemi substancjami (przeważnie fotosensybilizatory) znajdującemi się w węglu, w dziegciu i w niektórych olejach mineralnych, gdyż na tę chorobę cierpią robotnicy, mający styczność z wyżej wymienionemi produktami. Należy jednakże zaznaczyć, iż Lortat-Jacob i Zegrain widzieli pojedyncze przypadki tej melanozy u rolników i biuralistów, u których nie można było stwierdzić żadnej przyczyny toksycznej. Darier widzi przyczynę tej choroby w dysfunkcji gruczołów dokrewnych. Twierdzi on, że miał pewną poprawę po stosowaniu opoterapji. Musimy jednakże zaznaczyć, że u naszych chorych była przez pewien czas stosowana opoterapja, lecz bez żadnego skutku. (Streszczenie własne).

3. Kol. W. Dzierżyński przedstawia chorego lat 21; chory urodził się w 7 miesiącu (wcześniak), zaczął chodzić i widzieć w porę. Obecnie stwierdza się u niego *wadę mitralną serca — Insuffic. et stenosis mitralis*. Przy wzroście 163 cm ważył przy przyjściu do szpitala 42 kg; po leczeniu insuliną i preparatami arszenikowemi — przybyło mu na wadze 3 kg. U chorego stwierdza się na twarzy skórę ścieńczałą, przez którą przeświecają żyły; na nosie zanik skóry oraz ścieńczenie nosa; małżowiny uszne są cieńsze. Największe zmiany są widoczne na obwodowych częściach ciała — na dłoniach i stopach; skóra jest bardzo cienka. Ręka i stopa przypominają kończyny starców; podściółka tłuszczowa jest bardzo nieznacznie rozwinięta, przylega bezpośrednio do mięśni; zanik tkanki tłuszczowej, mięśnie wychudzone. Zmiany na stopach są podobne do zmian na rękach. Pozatem nieznaczne poty; owłosienie dobre. Zanik skóry, dotyczy przeważnie skóry właściwej, pochodzącej z tkanki mezodermalnej. Warstwy pochodzące z ektodermy są dobrze rozwinięte. Choroba datuje się od 4 roku życia. Chory umysłowo dobrze rozwinięty; uczy się dobrze, włada kilkoma językami. Kol.

Dzierżyński uważa, że najprawdopodobniej mamy do czynienia ze schorzeniem niedającem się umieścić w ramach dotychczas opisanych schorzeń, jest to raczej przypadek pierwotnego, wrodzonego zaniku skóry.

W dyskusji: Kol. Justman zapytuje, czy nie jest to przypadek twardziny skóry.

Kol. Neumark uważa przypadek za t. zw. *akrosklerozę* t. j. twardzinę skóry na wystających częściach ciała.

Kol. Haltrecht zapytuje, jakie jest ciśnienie krwi i uważa, że na kończynach istnieje przebarwienie.

Kol. Dzierżyński nie zgadza się z rozpoznaniem twardziny skóry, zmian sklerotycznych nie stwierdza się, są natomiast wszędzie zmiany zanikowe na skórze i w kościach. Przypadek należy do nieznanych dotychczas schorzeń i niekoniecznie należy go wtłaczać do istniejącej klasyfikacji.

4. Kol. Neumark przedstawia *przypadek akrosklerozy*. Pacjentka dawniej chorowała na *erythema induratum*, następnie na gościec stawów. Obecnie stwierdzono zmiany na rękach, nosie i małżowinach. Skóra jest blada, cienka, niedająca się unieść. Sprawa idzie dośrodkowo.

5. Kol. J. Polak wygłosił odczyt p. t.: *„Terapja krótkofalowa"*.

W dyskusji: Kol. Barciński mówił o swoich dobrych wynikach przy leczeniu krótkiemi falami ropnia okołonerkowego, zapalenia pneumokokowego gruczołów, czyraczności wargi górnej, czyraczności przy cukrzycy, przetoki odbytu.

Kol. Wajnberg doświadczył dobrego skutku leczenia tą metodą na sobie, kiedy chorował na czyraka; leczenie różnemi metodami w ciągu 5 dni nie dało wyniku, po zastosowaniu krótkich fal szybko nastąpiło wyleczenie.

Kol. Haltrecht zapytuje, czy stosowano i z jakiemi wynikami leczenie przewlekłej rzeżączki i przy gruźliczych zapaleniach najądrza.

Kol. Weisshoff uważa, że dlatego jest gorsze działanie w tkance unaczynionej, bo krew unosi ciepło.

Kol. Frenkiel uważa, że nie można na zasadzie oceny poszczególnych danych terapeutycznych twierdzić o wartości metody leczniczej. Bardziej interesująca jest teoretyczna strona metody. Każda tkanka w ustroju ma swe elektryczne miano. Godną uwagi kwestją jest wrażliwość swoista różnych narządów na działanie fal o różnej długości.

W odpowiedzi: Kol. Polak zauważa, że w naczyniach rzeczywiście wraz z krwiobiegiem unoszone jest ciepło; w ogniskach beznaczyniowych działanie krótkich fal jest gorsze, sprowadza się do działania ciepła na znajdujące się tam drobnoustroje. Terapię krótkofalową stosowano przy zapaleniach najądrza i w przewlekłej rzeżączce.

6. Kol. J. Handzel wygłosił odczyt p. t.: *„Medycyna i lekarze w Ameryce"*.

Sekretarz: *Dr. A. S. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 2 maja 1934 r.

1. Kol. Ryder omawia *przypadek zatrucia iperytem* jednego z instruktorów i profesorów na kursach przeciwgazowych. Miał on w kieszeni ampułkę szklaną z iperytem, ampułka ta pękła i przez godzinę podlegał działaniu iperytu; działanie iperytu wywołało uszkodzenie na dużej przestrzeni skóry i głębszych warstw. Należy zaznaczyć, że w omawianym przypadku nie było zastosowane odpowiednie postępowanie lecznicze. Samopoczucie chorego pomimo uszkodzeń znacznego stopnia jest bardzo dobre i chory chciał zjawić się na posiedzeniu. Chory znajduje się w leczeniu w szpitalu wojskowym.

2. Kol. Halpern-Wieliczański wygłosił odczyt p. t.: *„Konstytucja a gruźlica"*.

Z istniejących określeń konstytucji prelegent opowiada się za fenotypiczną definicją Pfaundler'a, którą w ujęciu Sterlinga należy rozumieć jako sposób, w jaki ustrój jako całość i jego części reagują na bodźce, do których ilościowo i jakościowo nie są przystosowane. Przyjęty w typologji konstytucjonalnej podział Kretschmer'a znajduje także swoje uzasadnienie w nauce o wewnętrznem wydzielaniu, gdyż w ocenie inkretorycznego stosunku do typu somatycznego typ pikniczny odpowiada nadnerczowemu, atletyczny — nadnerczo-przysadkowemu, asteniczny, jako mało wartościowy fizycznie i psychicznie, jest wyrazem niedomogi komórek chromochłonnych, asteniczny przy słabych walorach fizycznych a wysokich intelektualnych jest następstwem nastawienia inkretorycznego tarczycy przy zmniejszonych wpływach dokrewnych nadnerczy. Skłonność typów astenicznych do gruźlicy można za Sterlingiem wytłumaczyć istniejącą u nich niedomogą układu chromochłonnego. Po omówieniu sprawy dyspozycji, oporności i odporności przeciwko gruźlicy prelegent skłania się do przyjęcia odporności względnej u gruźliczych. W dalszym ciągu podaje szereg cech konstytucjonalnych, wyłączających niejako gruźlicę, omawia limfatyzm, jako stan ułatwiający ustrojowi walkę z zakażeniem gruźliczem, wreszcie przechodzi do astenji, uważanej wg. Lydtin'a za konstytucję mniej wartościową, odziedziczoną po przodkach gruźliczych, wg. zaś Redeker'a za następstwo hamującego działania gruźlicy dziecięcej. Ma ona według jednych wpływać niepomyślnie, według innych pomyślnie na przebieg gruźlicy. Za przyczynę niedostatecznej odporności asteników przeciwko gruźlicy uważana jest niepełnowartościowość funkcjonalna układu łącznotkankowego i niedostateczna zdolność do wytwarzania przeciwciał.

Wkońcu prelegent podaje wyniki swoich spostrzeżeń, dokonanych na pacjentach Sekcji do Walki z Gruźlicą przy Magistracie m. Łodzi. Według nich największy kontyngent chorych najbardziej zaawansowanych w gruźlicy płuc stanowią astenicy, zwłaszcza w wieku od 20 do 29 roku życia, choć ciężki przebieg gruźlicy nie jest rzadki i w typie piknicznym i atletycznym. W wyniku dokładnego omówienia kondycji asteników prelegent dochodzi do wniosku, że astenja w przeważającej liczbie

przypadków jest udziałem gruźliczych i że w gorszych warunkach kondycjonalnych wpływa ona niepomyślnie na przebieg gruźlicy u asteników. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Tenenbaum i prelegent.

3. Kol. H. Lajchter wygłosił odczyt p. t.: *„Wczesne rozpoznanie przez stomatologa schorzeń ogólnych"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos Kol.: Frenkiel, Tenenbaum, Halpern-Wieliczański, Sadokierski, Szyfman i prelegent.

Protokół posiedzenia w dniu 16 maja 1934 r.

1. Kol. E. Sonnenberg przedstawił obserwowaną również przez Kol. Niewiażskiego, 24 letnią kobietę, *dotkniętą uogólnioną twardziną skóry*.

Początek choroby w r. 1932. Jako zwiastuny, które zapowiedziały obecne cierpienie, wymienić należy silne bóle w stawach rąk i stóp. W miejscach zbolałych powstały obrzęki, skóra stała się twardą i grubą. Sprawa z rąk i stóp posuwała się powoli w kierunku dośrodkowym na przedramiona, podudzia, ramiona, uda i w ciągu roku przeszła na skórę tułowia, karku oraz na twarz. Obecnie cierpienie jest zaznaczone najwyraźniej tam, gdzie ono zaczęło się najwcześniej: na rękach i stopach. Palce rąk są w położeniu półzgiętem. Ruchy palców, zarówno czynne, jak i bierne są ograniczone. Skóra palców zgrubiała, spoistości twardej, ściśle przylega do części pod nią leżących, jest mocno napięta, gładka, błyszcząca; nie można jej ująć w fałdy; jej rysunek normalny jest nieco zatarty; barwa skóry rąk nieco sinawa, przy dotykaniu skóry odbieramy wrażenie zimna. Zmiany skóry na przedramionach, podudziach, na tułowiu i twarzy są zaznaczone w stopniu mniejszym. Ruchy oddechowe nieupośledzone; mimika zachowana. Na błonach śluzowych — zmian niema. W obrazie morfologicznym krwi również niema widocznych zmian (limfocytów 34,6%, kwasochłonnych leukocytów 1,8%, monocytów 2,4%). Odczyn Wassermanna ujemny. Zdjęcie rentgenograficzne, dokonane przez kol. Mandeltorta, stwierdziło nieznaczne odwapnienie kości prawej ręki. Utkanie kostne prawidłowe, zarys kości gładki, szpary stawowe bez zmian. Płuca w obrazie zmian nie wykazują. Jeżeli zważyć, że zmiany chorobowe w omawianym przypadku nie są jednakowo zaznaczone na całej powierzchni skóry, że są one największe na rękach i stopach t. j. tam, gdzie sprawa trwa najdłużej i że nawet tam, gdzie skóra jest najbardziej zmieniona, niema jeszcze tego obrazu, jaki istnieje zwykle w późnych okresach cierpienia. Gruczoły potowe są tu jeszcze zachowane, normalny rysunek skóry mało zmieniony, w zdjęciu rentgenograficznem zmiany są nieznaczne — należy przyjść do przekonania, że chora znajduje się dopiero w okresie wczesnym sprawy postępującej.

Kol. Sonnenberg *pokazał 2* zdjęcia rentgenograficzne (Streszczenie własne).

2. Kol. Sonnenberg *przedstawił* następnie 12-letnią dziewczynkę, Cel. Pod., żydówkę, z zapaleniem opryszczkowatem skóry — Dühring'a. Chora przybyła do szpitala Ś-go Aleksandra przed 6 tygodniami. Pęcherze rozmaitej wielkości, twarde, napięte, z zawartością przeźroczystą lub ropną, a nawet krwawą; były rozsypane na tułowiu, kończynach, twarzy i szyi. Na błonie śluzowej języka, policzków, gardzieli i podniebienia miękkiego również pęcherzyki i nadżerki. Przyjmowanie pokarmów stałych bez uprzedniego znieczulenia było niemożliwe. Ciepłota podniesiona (37,5° — 38,5°). W obrazie krwi: 4% kwasochłonnych leukocytów, limfocytów 20%. Subjektywnie: nieznośne swędzenie. Stan ciężki. Wygląd ciężko chorej. Próba jodowa dodatnia. Pod wpływem zastrzykiwań 1% sublimatu oraz leczenia miejscowego (maść borna, kąpiele z nadmanganianu potasu) nastąpiło znaczne polepszenie już po trzech tygodniach. Obecnie pozostały tylko nieznaczne pęcherzyki na przedramionach. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Frenkiel zapytuje, czy u chorej z uogólnioną twardziną skóry było dokonane badanie ginekologiczne i w jakim stanie znajdują się jajniki; co do przypadku drugiego zapytuje, czy nie odgrywa tu roli kiła; ojciec chorej bowiem cierpiał na *paralysis progressiva* i leczony był malarją.

Kol. Sonnenberg *w odpowiedzi* zaznacza, że u pierwszej chorej zmian w jajnikach nie stwierdzono, a u drugiej chorej Wassermann we krwi był ujemny; płyn mózgowo-rdzeniowy dotychczas nie był badany. Kiła nie odgrywa żadnej roli w etjologji choroby Dühring'a.

3. Dr. J. Aleksiewicz z Iwonicza (jako gość) wygłosił odczyt p. t.: *„Iwonicz (szczawa słono-jodowa) ośrodek leczenia gruźlicy chirurgicznej"*.

Odczyt był ilustrowany szeregiem przeźroczy. Praca ukaże się w druku.

W dyskusji zabierali głos kol. Kunig i prelegent.

Protokół posiedzenia w dniu 30 maja 1934 r.

1. Kol. Neumark *przedstawił* 4 przypadki postępującego zapalenia zanikowego skóry *(Akrodermatitis atrophicans Herxheimer)* w różnych okresach cierpienia. W 3 przypadkach umiejscowienie zmian chorobowych na wyprostnej stronie jednego lub dwóch przedramion, w jednym przypadku również na grzbiecie prawej ręki, w jednym zaś jednocześnie i na podudziach. Zaznaczyć należy obecność guzów powrózkowato pod skórą ułożonych wzdłuż krawędzi kości łokciowej w 2 przypadkach.

Następnie kol. Neumark *przedstawił* przypadek twardziny różnopostaciowej skóry *(Sclerodermie en bande et zoniforme, morphea guttata et en plaque)*. Należy zwrócić uwagę na wybitne zmiany zanikowe tkanki podskórnej i mięśni w tym przypadku.

2. Kol. J. Itelson *przedstawił* przypadek poliglobulji *(Polycythaemia vera)*. Mężczyzna lat 45. Od pół roku czuje się osłabiony, cierpi na bóle głowy, ogólne niedomaganie, zniechęcenie do pracy. Twarz czerwono-miedziana. Wątroba i śledziona duża.

Ilość krwinek czerwonych 6,600.000. Hemoglobiny 120%. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na obecność bezsoku żołądka.

W dyskusji nad pokazem zabierali głos kol. Frenkiel i prelegent.

3. Kol. Lewenfisz *przedstawił* przypadek choroby Basedowa, wyleczony naświetlaniem okolicy nadnerczy.

J. B., lat 35, zamężna, z zawodu robotnica fabryczna. W lipcu 1933 r. zaczęła odczuwać zawroty głowy, ogólne osłabienie, brak łaknienia, nogi i ręce mdlały, w lewym boku klatki piersiowej bóle kłujące „na wylot". Leczyła się ambulatoryjnie. Otrzymała 36 zastrzyków arszenikowych, bez poprawy. Cztery porody, dwa poronienia. Dzieci wątłe. Przebywała w szpitalu; wypisana z rozpoznaniem: *thyreotoxicosis*. W październiku ub. roku skierowana do naświetlania Roentgenem.

Tętno miarowe. *Exophthalmus*. Möbius, Graefe — dodatni. Płat środkowy i prawy tarczycy powiększony, konsystencji twardawej. Nad tętnicą płucną lekki podmuch skurczowy oraz drugi ton kłapiący. Roentgen: serce niepowiększone, o wyraźnie zaokrąglonej lewej komorze i chybkich ruchach. Przestrzeń pozasercowa wolna. Aorta nierozszerzona. *Status subfebrilis*. Przemiana spoczynkowa + 33%; O. B. = 200'. Mocz bez zmian. Wassermann ujemny. Wąga 63 kg (przed chorobą 85 kg).

Otrzymała 3 serje naświetlań okolic nadnerczy z przerwami 2—4 tygodniowemi; ostatnia serja w pierwszej połowie stycznia r. b. Od tego czasu stan chorej znacznie się poprawił, przybrała na wadze 7 kg. Czuje się zupełnie dobrze. Pracuje obecnie 12 godzin na dobę. Dobrze sypia (przedtem bezsenność). Wypadanie włosów, które przed leczeniem było bardzo silne, ustąpiło zupełnie. Wytrzeszcz gałek ocznych minimalny. Tętno 76/min. Tony serca czyste. Prześwietlenie serca nie wykazuje ruchów chybkich. Przemiana spoczynkowa + 4%. Badanie kliniczne nie wykazuje objawów tyreotoksycznych. Zaznaczam, że pacjentka żadnych leków poza naświetlaniem nie brała. Jodu nie znosi.

4. Następnie kol. Lewenfisz *przedstawił* dwa przypadki „chromania przystankowego" *(claudicatio intermittens)*, leczone naświetlaniem rentgenowskiem okolic nadnerczy i splotów brzusznych.

1) Ch. E. lat 53. W kwietniu 1933 roku wystąpił ból w obu kończynach dolnych przy chodzeniu, co zmuszało pacjenta do zatrzymywania się. Z początkiem ubiegłej zimy zaczął odczuwać ziębnienie w prawej stopie, czasami nawet do wysokości prawej goleni. Później wystąpiło jakby uczucie kłucia szpilką na grzbiecie prawej stopy. W lutym b. r. stan pogorszył się do tego stopnia, że pacjent musiał się zatrzymywać podczas chodzenia co 2—3 minuty, przyczem występował silny ból prawej goleni. Również zaczął odczuwać ból w słabszym stopniu w lewem podudziu. Pozatem uczucie mrowienia w stopie prawej.

Od roku leczy się na cukrzycę; ilość cukru w moczu 3,25%, we krwi około 2‰. Pozatem w moczu białko 0,07‰, w osadzie wałeczki szkliste, pojedyncze, co kilkanaście pól widzenia. Ciśnie-

nie krwi (Boulitte) 180/85. Odruchów patologicznych nie stwierdza się. Dno oczu normalne. Brak oscylacji na podudziach; tętnice grzbietowe stóp niewyczuwalne. Stopy sine, zwłaszcza palce stopy prawej.

Otrzymał dwie serje naświetlań okolic nadnerczy i osiem naświetlań na ścianę brzuszną.

Obecnie mrowienie i parzenie w stopach prawie ustąpiło zupełnie. Odbywa marsze nawet 2—3 kilometrowe bez zatrzymywania się. Gdy się bardzo spieszy, odczuwa minimalne skurcze, które jednak nie zmuszają pacjenta do zatrzymywania się. Ciśnienie po naświetlaniach zmniejszyło się do 140/75. Zasinienie na stopach ustąpiło. Cukromocz i przecukrzenie krwi pozostały bez zmiany, oscylacje na podudziach są nadal równe zeru; tętnic grzbietowych stóp nie wyczuwa się.

Również dodać muszę, że w styczniu b. r. pacjent przechodził kurację insulinową i acekolinową, które nie dały żadnego efektu.

2) K. B. lat 64. We wrześniu 1931 roku zaczął odczuwać drętwienie stopy lewej, później wystąpiły kurcze w lewem podudziu, które występowały podczas chodzenia i zmuszały go do przystawania. W styczniu 1933 roku zaczął odczuwać „parzenie" na obu podeszwach i wystąpiły kurcze w prawem podudziu, choć wogóle słabsze, niż w lewem. Od kwietnia 1933 r. kurcze w lewej łydce występowały również i w nocy podczas snu, budząc chorego. Często miewał „kłucia" w palcach lewej nogi, szczególnie w ostatnich trzech palcach, które występowały w takiem natężeniu, że robiły wrażenie, jakgdyby ktoś do krwi kłuł szpilkami. Trwało to do 20 minut, pacjent obnażał stopę i wtedy po pewnym czasie ból ustępował.

Brak odruchów patologicznych. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny; mocz bez zmian (podaje, że przechodził kiedyś cukrzycę). Ilość cukru we krwi — norma (0,93‰), Boulitte — 225/120. Dno oczu: oko lewe = *chorioido-retinitis pigmentosa* naokoło plamki żółtej; oko prawe = początek tego samego schorzenia, co w oku lewem. Krótkowzroczność. Badanie oscylacji na obu podudziach oscylometrem Pachon'a wykazuje oscylacje minimalne o amplitudzie ½ przedziałki. Tętnice grzbietowe stóp niemacalne. Zasinienie znaczne stopy lewej, zwłaszcza palców, w mniejszym stopniu stopy prawej.

Otrzymał 4 serje naświetlań w okolicy nadnerczy oraz 12 naświetlań na ścianę brzuszną. Obecnie kurcze w łydkach ustąpiły zupełnie. „Parzenia" na podeszwach nie odczuwa. Przy odbywaniu nawet dalszych spacerów nie zatrzymuje się zupełnie (przedtem zatrzymywał się co 5—6 minut). Wpływu na ciśnienie krwi, oscylacje na podudziach naświetlania nie dały. Natomiast zasinienie na obu stopach ustąpiło niemal zupełnie. Dodać należy, że przed rozpoczęciem naświetlań brał w sierpniu ub. r. zastrzyki acekoliny bez żadnego wyniku.

W dyskusji zabierali głos kol. Banasz i prelegent.

5. Kol. A. Kunicki i K. Ściesiński wygłosili odczyt pod tytułem: *„Periarteriitis nodosa"*.

Kol. Kunicki omówił kliniczną stronę schorzenia, kol. Ściesiński omówił stronę teoretyczną i anatomo-patologiczną. Odczyt kol. Ściesińskiego był ilustrowany szeregiem preparatów drobnowidowych. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. Klozenberg, Neumark, Frenklowa, Frenkiel, Lewenfisz i prelegenci.

Protokół posiedzenia w dniu 6. czerwca 1934 r.

1) Kol. A. Margolis wygłosił odczyt pod tytułem: *„Z kliniki marskości wątroby"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. Frenkiel, Chrzanowski, Ściesiński i prelegent.

2) Kol. Chrzanowski i Ściesiński *omówili* przypadek *marskości wątroby zanikowej* w przebiegu gruźlicy.

Kol. Chrzanowski omówił stronę kliniczną przypadku, kol. Ściesiński stronę anatomo-patologiczną.

Protokół posiedzenia z dnia 21 czerwca 1933 r. w Szpitalu Anny-Marji.

1. Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia z dnia 7 czerwca b. r.

2. Pokazy chorych:

Kol. Finklerówna: *„Zespól objawów niedokrwistości aplastycznej w przebiegu błonicy"*.

W dyskusji: Kol. Załęski nie jest przekonany, czy to była czynna błonica, czy tylko dziecko było nosicielem zarazków.

Kol. Mogilnicki zauważył, że obojętne jest, czy była to błonica czynna, czy inna infekcja, dość że wywołała ona tak poważne zmiany we krwi.

3. *„Gruźlica krwiopochodna u dzieci"*.

a) kol. Polakow: Omówienie patogenezy.

b) kol. Margolisowa: Postacie kliniczne ze szczególnem uwzględnieniem postaci płucnych. (Prace ukażą się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Frenkel i kol. Ściesiński.

Protokół posiedzenia klinicznego w Szpitalu „Anny Marji" w dniu 20 czerwca 1934 r.

1. Kol. Miller Wiktor omawiał *dwa przypadki dusznicy bolesnej, połączone* ze zmianami o charakterze gośćcowym w lewym stawie barkowym. W pierwszym przypadku zmiany stawowe wystąpiły równocześnie z pierwszym atakiem dusznicy bolesnej, w drugim w przebiegu choroby; początkowo w kilku stawach, później sprawa umiejscowiła się wyłącznie w lewym stawie barkowym. W obydwu przypadkach początek sprawy stawowej ostry. Prelegent przypuszcza, że dusznica bolesna, tak samo jak i inny uraz, mogła być momentem uczulającym dla powstania sprawy gośćcowej.

2. Kol. Ryder *przedstawił chorego po oparzeniu iperytem.* Przypadek już był omawiany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego. Chory nosił probówkę z iperytem w kieszeni kamizelki i probówka pękła; zauważył to po godzinie. Po oparzeniu roztarł sobie miejsca oparzenia naftą; przez to rozszerzył miejsce działania iperytu, ale jednocześnie rozcieńczył truciznę; po 3 godzinach wystąpił rumień na całej prawej stronie klatki piersiowej. Chory początkowo nie odczuwał żadnego bólu; po 9 godzinach wystąpiły pęcherzyki, a po 24 godzinach duże pęcherze, które zaczęły pękać; pęcherze zawierały masę galaretowatą. Ból wystąpił dopiero, gdy pęcherze zaczęły pękać. W szpitalu nacięto pęcherze, wyciągnięto ciecz; na miejscach, gdzie ciecz ściekała, powstawało nowe zapalenie skóry; zastosowano 3% płyn Dakin'a. Po 2 tygodniach stwierdzono: rumień, pęcherzyki i zgorzel skóry; najtrudniej poddawała się leczeniu zgorzel. Stosowano taninę, rezorcynę oraz naświetlania lampą kwarcową. Całe leczenie trwało 4 tygodnie. Mocz i krew nie wykazały żadnych zmian.

W dyskusji: Kol. Żurkowski dodaje, że świnka morska, którą oparzono iperytem — po paru dniach padła.

3. Kol. Mandelsowa S. przedstawiła *przypadek wrodzonej wadliwości skóry u noworodka 3-tygodniowego (Ichthyosis congenita).* W r. 1931 ta sama matka urodziła niedonoszone dziecko z podobnem cierpieniem. Schorzenie trwa najdłużej do 9 dni. Demonstrowany przypadek zasługuje na uwagę z trzech względów: a) schorzenie należy do bardzo rzadkich, opisano bowiem dotychczas 100 przypadków; b) dziecko tej samej matki z podobnem schorzeniem — w r. 1931 — żyło 3 dni; c) ze względu na przebieg schorzenia, opisano trzy postacie: *ichthyosis congenita simplex; ichthyosis congenita larvata* i *ichthyosis tarda.* Dziecko żyje już trzy tygodnie. Jeżeli nie będzie wtórnych zakażeń, może uda się dziecko utrzymać przy życiu.

4. Kol. H. Frenklowa wygłosiła odczyt p. t.: *„Omówienie przypadku choroby Feera"* — akrodynji (choroby Selter-Swift-Feera) u dziewczynki 21-miesięcznej o typowych objawach. Stwierdzono zmianę usposobienia, senność i apatję, wiotkość mięśni, obrzmienie i zaczerwienienie dłoni i stóp, brunatne wykwity na skórze, obfite łuszczenie się i t. d. Przypadek wyróżniał się przebiegiem gorączkowym i słabem poceniem się. Po 3 miesiącach nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

W związku z przypadkiem prelegentka omawia symptomatologję akrodynji na podstawie piśmiennictwa oraz współczesne poglądy na etjologię tego cierpienia.

Protokół posiedzenia klinicznego w Szpitalu im. małż. Poznańskich w dniu 9 września 1934 roku.

1. Kol. Eigerowa (z Oddziału Ginekologicznego Szpitala im. Poznańskich) przedstawiła *przypadek rzadkiej wady rozwojowej:* umiejscowienie jajników w okolicy pachwinowej przy jednoczesnym braku macicy i jajowodów. Prelegentka omówiła

inne wady rozwojowe narządów rodnych i technikę powstawania takiego umiejscowienia jajników. (Praca ukaże się w druku).

2. Kol. M a z u r A. omówił *sprawę występowania zakrzepów zatoki esowatej w ropnem zapaleniu ucha środkowego.* Przedstawił patogenezę i mechanizm powstawania zakrzepów, podkreślając swoiste znaczenie w klinice otologicznej momentu zakażenia. Szczegółowo omówił przebieg kliniczny demonstrowanego przypadku u 8-letniego chłopca, podkreślając najbardziej charakterystyczne cechy: dreszcze, duże wahania ciepłoty, pokasływanie (następstwo drobnych zatorów w naczyniach oskrzelowych), obraz morfologiczny krwi (leukocytoza, aneozynofilja, neutrofilja). Przypadek był leczony operacyjnie: otwarcie wyrostka sutkowego, obnażenie i nadcięcie zatoki esowatej, podwiązanie żyły szyjnej. W pooperacyjnem leczeniu kilkakrotnie małe transfuzje krwi.

W zakończeniu przedstawił statystykę tych powikłań na Oddziale Laryngologicznym Szpitala im. Poznańskich w ostatniem dziesięcioleciu.

3. Kol. K l o z e n b e r g mówił o *arachnitis spinalis:* określenie jednostki chorobowej, anatomja patologiczna, symptomatologja, klasyfikacja postaci klinicznych, przebieg, rozpoznanie różniczkowe, etjologja, leczenie zachowawcze i wskazania do operacji.

Przedstawił 2 operowane przypadki *arachnitis;* jeden po błonicy z umiejscowieniem w odcinku lędźwiowym o przebiegu niezwykłym spowodu dużego nawarstwienia histerycznego, które wikłało obraz; drugi po zapaleniu opon mózgowych, umiejscowiony w D III z osobliwym obrazem rentgenologicznym trzeciego kręgu piersiowego *(haemangioma).* Obydwa przypadki operowane z dobrym wynikiem.

Kol. A j z n e r omówił szczegółowo leczenie chirurgiczne oraz przebieg operacyj w przedstawionych przypadkach.

4. Kol. K r y s z e k wskazał na niestosunek obrazu klinicznego i elektrokardjograficznego w przypadkach *schorzenia mięśnia sercowego z blokiem ramienia.*

Po przedstawieniu mechanizmu powstawania bloku ramienia i omówieniu cech krzywej elektrokardjograficznej bloku, prelegent przeciwstawił dawniejszemu ujmowaniu anatomo-patologicznego podłoża bloku ramienia — poglądy obecne.

Na podstawie 8 przypadków z Oddziału Wewnętrznego B Szpitala im. Poznańskich, obserwowanych w ciągu ostatniego półrocza, kol. K r y s z e k podaje symptomatologię kliniczną bloku ramienia i broni poglądu, że elektrokardjograficznemu blokowi odpowiadają różne i rozległe zmiany anatomiczne i w pozostałych odcinkach układu przewodzącego i w mięśniu sercowym. (Rzecz przeznaczona do druku).

5. Kol. S c h w e i g: *Jednostronne zapalenie nerwu wzrokowego z hemianopsją.*

6. Kol. S z y f m a n: *Przyczynek do symptomatologji schorzeń pęcherzyka żółciowego i trzustki.*

Sekretarz: *A. S. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 19 września 1934 roku.

1. Kol. Rozenówna i Kol. Kocen wygłosili referat pod tytułem: *Ostra białaczka a schorzenia pokrewne.* (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Gliksman przytoczył spostrzegany przypadek gośćca stawowego, w którego przebiegu wystąpiły objawy białaczki. Obserwował również białaczkę po chorobie septycznej.

Kol. Wolfson zakwestjonował występowanie klasycznej agranulocytozy u dzieci.

Kol. Rozenówna odpowiedziała, że agranulocytoza klasyczna u dzieci prawie nie istnieje, opisano pojedyńcze przypadki. U dzieci czyste formy patologiczne zdarzają się rzadko.

Protokół posiedzenia w dniu 26 września 1934 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. Reicher przedstawił chorą, u której spowodu *anemji stosowane były zastrzykiwania hemostylu.* Wystąpiła gorączka, obrzęk stawów i wysypka pokrzywkowato-rumieniowata; na podudziach zjawiły się wybroczyny krwawe. Jest to reakcja anafilaktyczna ustroju na surowicę końską (choroba posurowicza).

W dyskusji: Kol. Mogilnicki w praktyce dziecięcej spostrzegał objawy uczuleniowe po zastrzykiwaniach hemostylu.

Kol. Kon J. Nawet doustne stosowanie syropu hemostylu może u dzieci młodych wywołać uczulenie ustroju na surowicę końską.

Kol. Kryszek przytacza przypadek ciężkiej choroby posurowiczej z zejściem śmiertelnem po domięśniowych zastrzykiwaniach hemostylu. Domięśniowe stosowanie hemostylu należałoby zarzucić.

2. Kol. Kryszek przedstawia z Oddziału Wewnętrznego B Szpitala im. Poznańskich *przypadek kiły naczyń wieńcowych.*

Chora J. K., z powiększoną wątrobą i śledzioną, szybkiem opadaniem i limfocytozą we krwi uskarżała się jedynie na „brak tchu na powietrzu". Nie było żadnych wywiadów bólowych. EKG wykazał jednak, przy całkowicie wydolnym mięśniu sercowym, ST głęboko poniżej linji izoelektrycznej. Jeszcze przed otrzymaniem dodatniego wyniku Wassermanna we krwi wskazywał EKG na schorzenie naczyń wieńcowych; prelegent omawia wartość EKG w podobnych bezbólowych przypadkach.

Chora pomimo ostrożnego leczenia bizmutowego łącznie z małemi dawkami jodu dla uniknięcia herxheimerowskiego odczynu zmarła niespodzianie w 3 dni po wypisaniu ze Szpitala wśród objawów dusznicy bolesnej z ostrym obrzękiem płuc.

3. W. Nowiński (jako gość z Cambridge) wygłosił referat p. t.: *Czynne substancje w rozwoju zarodkowym.*

Opierając się na badaniach powstawania systemu nerwowego drogą indukcji sklepienia prajelita (organizatora) na przy-

legającą ektodermę w rozwoju embrjonalnym (stadjum gastruli), prelegent omówił wyniki badań prowadzonych wspólnie z J. Needhamem, C. H. Wandingtonem, D. M. Needhamową i R. Lembergiem w Zakładzie Biochemji Uniwersytetu w Cambridge. Badania te wykazały, że czynna substancja organizatora, determinująca ektodermę w system nerwowy, jest prawdopodobnie steryną, nieidentyczną jednakże z cholesteryną, ergosteryną lub estryną. Podobnie, jak ta czynna substancja, działają również niektóre substancje rakotwórcze, otrzymane syntetycznie przez Cooka w *Cancer Research Laboratory* przy *Cancer Hospital* w Londynie. Ten fakt analogicznego działania substancji, niezbędnej dla normalnego rozwoju embrjona oraz substancyj rakotwórczych nasuwa pewne godne uwagi refleksje na temat etjologji raka.

Prelegent przyjmuje w rozwoju zarodkowym cały szereg substancyj czynnych, które uda się sczasem oddzielić.

W dyskusji zabierali głos Kol.: Frenkiel, J. Kon, Kryszek i prelegent.

Protokół posiedzenia w dniu 3 października 1934 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. Makower przedstawił przypadek *purpura athrombopenica probab. rheumatica.* Chora 2 tygodnie przed przybyciem do szpitala zachorowała na ciężką anginę, po tygodniu powstało obrzmienie, zaczerwienienie i bolesność stawów rąk i nóg, nieco później wystąpiła na całem ciele pokrzywka. Podczas cofania się jej zaczęły występować wybroczyny, głównie na twarzy, dolnej części tułowia i kończynach. Wybroczyny występowały kilkakrotnie, ostatnio tylko na nogach. Są różnej wielkości i kształtu, częściowo zlewające się, bardzo obfite, gdzieniegdzie wyniosłe, po kilku dniach spłaszczają się. We krwi stwierdzono przeszło 300.000 płytek, leukopenję ze względną limfocytozą. Objaw opaskowy bardzo wybitnie dodatni. Krzepliwość krwi, czas krwawienia i kurczliwość skrzepu normalne. Przypadek jest demonstrowany ze względu na bardzo znaczną rozległość i wielkość plam oraz na wyjątkowo silny objaw opaskowy; etjologja nie jest zupełnie jasna, prawdopodobnie gośćcowa; za uczuleniowym charakterem plamicy przemawiałyby zmiany pokrzywkowe i obraz hematologiczny.

W dyskusji: Kol. Sonenberg przypuszczał, że jest to rumień wysiękowy wielopostaciowy, na kończynach dolnych — guzowaty.

Kol. Klinger podtrzymywał również rozpoznanie: rumień wysiękowy wielopostaciowy.

Kol. Makower *odpowiedział,* broniąc rozpoznania *purpura athrombopenica.* Niektóre wykwity przypominają rumień wysiękowy wielopostaciowy, którego etjologja wiąże się z gośćcem.

2. Kol. Dynkiewicz i kol. Justman: *„Napady padaczkowate w przebiegu stwardnienia rozsianego“.* (2 przypadki z Oddziału Dr. Frenkla).

Napady padaczkowe u chorych na stwardnienie rozsiane należy uważać nie jako jednostkę nozologiczną, istniejącą obok stwardnienia rozsianego, a więc nie jako padaczkę swoistą, ale jako objaw tego organicznego schorzenia układu nerwowego. Badania kliniczne (R e d l i c h) oraz anatomo-patologiczne wykazały, że w takich przypadkach znajduje się ogniska sklerotyczne w korze mózgowej (sekcyjny przypadek G u s s e n b a u e r a). Napady padaczkowe mogą być pierwszym zwiastunem stwardnienia rozsianego lub występują w przebiegu rozwiniętego cierpienia. Ostatnio zaobserwowano w szpitalu dwa takie przypadki.

I. Chora 35 lat, panna. Od roku ogólnie osłabiona, drętwienie kończyn dolnych. Trzy tygodnie przed przybyciem do szpitala napad kurczów tonicznych lewej dłoni, rozpoczynających się od dużego palca i przechodzących na pozostałe palce, przedramię oraz ramię. Brak utraty przytomności. Napad trwał 10 minut. Dwa dni przed przybyciem do szpitala takież dwa napady. W szpitalu stwierdzono: oczopląs przy patrzeniu w boki, dysmetrja przy próbie palcowo-nosowej; zniesienie odruchów brzusznych, odruchy kolanowe polikinetyczne; Bab. i Ros. ujemne. Mocz — normalny; Wassermann we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Dno oka prawidłowe.

II. Chory lat 26. Zawsze był zdrów. Na ulicy nagle dostał kurczów klonicznych w obrębie lewej kończyny górnej oraz dolnej gałązki nerwu twarzowego, poczem wystąpił niedowład lewych kończyn. W szpitalu stwierdzono nazajutrz oczopląs przy patrzeniu w boki, niedowład dolnej gałązki n. twarzowego, zbaczanie języka w lewo, niedowład lewej kończyny górnej, zniesienie odruchów brzusznych; Bab. i Ros. ujemne. Mocz — normalny. Wassermann we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Dno oka normalne. Znaczna poprawa po cylotropinie. Obecnie niedowład lewej kończyny górnej. Napady padaczkowe występują, jako zespół w stwardnieniu rozsianem dość rzadko, jeżeli jednak ujawniają się po raz pierwszy w wieku od lat 20 do 30, należy obok kiły, nowotworów mózgu pamiętać również i o stwardnieniu rozsianem, jako możliwej przyczynie ataków.

W dyskusji: Kol. F r e n k i e l. O ile napady padaczkowate występują u osobników dorosłych po raz pierwszy w życiu bez istnienia ich w dzieciństwie, przypuszczać należy zmiany organiczne w ośrodkach nerwowych (kiłę, nowotwory, stwardnienie rozsiane).

Kol. Ł a d y ń s k i zapytuje, czy istnieją obecnie nowe poglądy na etjologję stwardnienia rozsianego, miałoby to bowiem znaczenie przy przyznawaniu renty inwalidzkiej żołnierzom.

Kol. D y n k i e w i c z. W sprawie etjologji stwardnienia rozsianego istnieje dużo teoryj, żadna jednak nie jest przekonywująca; w ostatnich czasach przytaczają związek z gruźlicą, co też nie jest dowiedzione. Służba wojskowa może cierpienie to sprowokować, lecz nie może być jego przyczyną.

Kol. F r e n k i e l. Istotnej etjologji stwardnienia rozsianego nie znamy, o ile wystąpi ono po jakimś urazie w czasie służby wojskowej, należy uznać związek ze służbą.

3. Kol. Kokotek wygłosił odczyt p. t.: *„Przyczynek do kliniki skazy krwotocznej"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol.: Dawidowicz, Makower, Kryszek, Łagunowski, Szyfman i prelegent.

Kol. Makower. Podział plamic jest rozmaity u różnych autorów, zorjentowanie się w poszczególnych przypadkach bywa niekiedy bardzo trudne. Poglądy Glaumana nie zostały powszechnie przyjęte. Przypadek prelegenta jest niezupełnie jasny, ponieważ wystąpiła w nim *thrombopenia*, która nie należy do obrazu *purpura anaphylactoides*.

Kol. Kryszek zapytuje, czy były stosowane efetonina i wapń; interesujące byłyby porównawcze badania chemizmu krwi po zastosowaniu tych leków, nie uważa za szczęśliwe (dotyczy to nietylko omawianego schorzenia) nazywanie schorzenia „samoistnem" tylko dlatego, że bliżej jest nieznany czynnik chorobotwórczy.

Kol. Łagunowski. Trudno bywa ściśle odgraniczyć *purpura anaphylactoides* od *purpura rheumatica*, czy *purp. toxica*. To są tylko postacie jednej i tej samej grupy angiopatycznej. Wysypki krwotoczne angiopatyczne tem się różnią od grupy wysypek trombopenji, że w pierwszych przedewszystkiem wysuwają się na plan pierwszy zmiany w stanie naczyń, w drugich zmiany we krwi, aczkolwiek i w przypadkach *purpura anaphylactoides* mogą, ale nie muszą, zachodzić zmiany we krwi. W przypadku, opisanym przez prelegenta stwierdzono: leukopenję, eozynofilję i zmniejszenie ilości trombocytów, co jest więcej charakterystyczne dla trombopenji. Zmiany skórne nie stanowią również jedynych objawów w zespole plamicy anafilaktoidalnej. Wogóle, niezależnie od podziału skaz krwotocznych, wprowadzonego przez szereg autorów z Frankiem na czele, są często przypadki, gdzie jest bardzo trudno, na zasadzie istniejących poglądów i przebiegu cierpienia, ściśle określić, z jaką postacią ma się do czynienia. Mam na myśli tylko wysypki typu angiopatycznego, a więc takie, gdzie jednocześnie z plamicą może być i rumień wysiękowy wielopostaciowy lub pokrzywka krwotoczna. W przypadku prelegenta uważałbym wykwit na twarzy za sprawę zapalną, wywołaną tą samą przyczyną, która wywołała całą osutkę. Etjologja tych plamic nie jest dokładnie znana. Co do patogenezy istnieje szereg teoryj; anafilaktyczna, toksyczna, nerwowa i biochemiczna. Przypuszczać należy, iż każdy wstrząs (bądźto toksyczny, bądźto anafilaktyczny, czy też alergiczny lub środek farmakodynamiczny) może wywołać zmiany we krwi i w stanie naczyń. Należałoby przyjść do wniosku, iż są ustroje swoiście skłonne do tych zmian i decydujące znaczenie ma tu układ naczyniowo-ruchowy.

Protokół posiedzenia w dniu 17 października 1934 roku.

1. Kol. Uryson omawia *przypadek zatrucia pokarmowego* (z Oddziału Wewnętrznego B Szpitala Poznańskich), z kolejnemi zmianami w różnych narządach, a mianowicie w żołądku, trzustce,

wątrobie i w nerkach. Rozbiór tego przypadku dąży do wyjaśnienia szeregu zagadnień z patologji trzustki i wątroby, zwłaszcza zaś kwestji wpływu trzustki na przemianę tłuszczową ustroju, zagadnienie diastazy oraz zależności schorzeń trzustki od schorzeń wątroby. (Przeznaczone do druku).

Kol. Banasz zapytuje, jaki wpływ mają wymioty na zwiększenie się ilości mocznika we krwi.

2. Kol. Bornsztajn (jako gość z Warszawy) wygłosił odczyt p. t.: *„Mechanizm powstawania zaburzeń psychicznych reaktywnych"*.

W dyskusji zabierał głos kol. R. Bornstein.

Sekretarz: *A. S. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 24 października 1934 roku.

1. Kol. Szyfman i kol. S. Keilson wygłosili referat p. t.: *„O konieczności ścisłej współpracy między rentgenologiem a klinicystą"*.

Kol. Szyfman. Prelegent omawia postępy poczynione w ciągu ostatnich lat w dziedzinie rentgenodiagnostyki, określa stosunek starszej i młodszej generacji klinicystów do badań rentgenologicznych i podczas gdy starzy klinicyści nie doceniali Roentgena, młoda generacja wpadła w drugą krańcowość — przeceniania Roentgena i zaniedbywania innych metod rozpoznawczych. Klinika i Roentgen muszą się wzajemnie uzupełniać i wspólnemi siłami dążyć do wczesnego ustalenia rozpoznania; prelegent przytacza szereg przypadków szpitalnych z dziedziny nowotworów płuc, świadczących o tem, że tylko uwzględnienie wszystkich metod rozpoznawczych klinicznych, laboratoryjnych i rentgenologicznych umożliwia właściwe rozpoznanie: w niektórych z tych przypadków rolę dominującą dla ustalenia rozpoznania odegrał Roentgen, w innych ścisłe spostrzeganie kliniczne umożliwiło rozpoznanie w braku danych rentgenologicznych. Prelegent przytacza zdanie Asmana, jako wybitnego klinicysty i rentgenologa, które brzmi jak następuje: „nie uważamy rentgenodiagnostyki za dział zupełnie samowystarczalny, lecz za część składową klinicznych sposobów badania, równorzędną z pozostałemi metodami, choć mającą nad niemi przewagę pod niektóremi względami; rozwiązanie zadań rozpoznawczych wymaga stosowania wszystkich tych metod w ich całokształcie".

Kol. S. Keilson. Referent teoretycznie i doświadczalnie udowadnia niezbędność znajomości zasad t. zw. rentgenologji ogólnej (w zakres której wchodzą fizyka rtg., chemja i fotochemja, anatomja rtg., fizjologja rtg., patologja rtg.), bez której porozumiewanie się klinicysty z rentgenologiem jest niemożliwe.

Na podstawie zasad rentgenologji ogólnej zbudowany jest analityczny sposób badania obrazów rtg. w przeciwieństwie do sposobu statystycznego. Sposób statystyczny polega na porównywaniu wyników badań rtg. z rozpoznaniem klinicznem. Sposób analityczny stara się wyjawić rentgenologicznie cechy tkanki patologicznej, wychodząc z zasad rentgenologji ogólnej.

Rentgenologja ogólna określa wreszcie granice możliwości przyczynowego rozpoznania z obrazu rentgenologicznego.

Referent demonstruje szereg zdjęć z dziedziny nieżytu oskrzeli, zastoiny, policytemji, bronchopneumonji, gruźlicy, promienicy, nowotworów płuc i blastomykozy, ażeby wykazać podobieństwo obrazów rtg. w różnych schorzeniach i niezbędność stałego wzajemnego porozumiewania się klinicysty z rentgenologiem.

Wkońcu referent — na zasadzie pokazanych przeźroczy — podkreśla następującą obecnie zmianę w poglądach na ocenę nacieczeń płucnych gruźliczych i bronchopneumonicznych. Nacieczenia te — zarówno płaszczyznowe, jak i rozsiane — mogą zniknąć w stosunkowo krótkim czasie albo też pozostać na czas bardzo długi, niezależnie od tego, jaki zarazek je wywołał. Jest to zagadnienie, które wymaga dokładnego opracowania.

W dyskusji zabierał głos kol. J. Kon.

Sekretarz: *B. Czaplicki.*

Protokół posiedzenia w dniu 7 listopada 1934 roku.

1. Kol. Banasz przedstawił chorego *po operacji kamicy pęcherza moczowego.* Cewnikiem oraz wziernikowaniem stwierdzono obecność w pęcherzu moczowym obcego ciała; Roentgen natomiast nie wykrył w pęcherzu obecności kamienia. Podczas operacji wydobyto dwa duże kamienie. Po zabiegu zrobiono zdjęcie z kamieni samych, zwykłe promienie nie wykazywały obecności kamieni, wykrywały je promienie bardzo miękkie.

W dyskusji: Kol. Frenkiel zapytuje, jakiego rodzaju były te kamienie.

Kol. Banasz *w odpowiedzi:* kamienie nie zostały jeszcze dokładnie zbadane, ale najprawdopodobniej składają się one z fosforanów.

2. Kol. S. J. Schweig przedstawia przypadek: *„Ruptura sclerae indirecta traumatica cum luxatione lentis subconiunctivale".*

Chory E. B., lat 62, bez zawodu, w nocy dnia 24 października 1934 spał razem ze swym 14-letnim synem. Nagle we śnie uczuł silne uderzenie w okolicy lewego oka, syn trącił go ręką. Zabolało go mocno, obrócił się na drugą stronę, wtulił uderzone oko w poduszkę i zasnął. Rano udał się do pobliskiej apteki, gdzie mu poradzono oko zawiązać i kilka dni przeczekać, aż oko się zupełnie uspokoi i skutki uderzenia miną. Oko było czerwone, odróżniał niem światło i ruchy przed okiem. Na czwarty dzień po urazie, gdy bóle minęły, a zaczerwienienie oka nie przeszło, poszedł do „mikwy" (basenu), zanurzył się w wodę z otwartem okiem, by je w ten sposób przemyć. Dnia 3 listopada t. j. w 10 dniu po urazie zgłosił się do mnie. Stwierdziłem stan następujący: powieki lewego oka normalne. Spojówka gałkowa podbiegnięta krwią, bez obrzęku i bez objawów podrażnienia. Rogówka błyszczy się, w nosowej części zatraca się jej postać kulista. Przednia komórka głęboka, jasna; źrenica

zniekształcona wskutek dużej szczeliny ku stronie nosowej *(pseudocoloboma)*. Obręb źrenicy częściowo przesłonięty tylko gdzieniegdzie siatką wytworzoną przez nitki krwi, torebki soczewki ani soczewki niema, toteż refleks źrenicy jest głębokoczarny. W szklistce i na dnie oka brak zmian chorobowych.

Najbardziej uderza wygląd okolicy gałki (nosowo) od rąbka rogówki. Na zdjęciu, które wykonał w szpitalu kol. Fajwlewicz, widzimy pod spojówką gałkową dużą wyniosłość o zabarwieniu bursztynowem i o postaci przypłaszczonej soczewki. Jest to wywichnięta soczewka w swej torebce, która poprzez pękniętą twardówkę wydostała się z wnętrza gałki ocznej i pozostała pod spojówką. Poprzez brzeg soczewki widzimy ranę w twardówce, na dwa milimetry od rąbka rogówkowego, równolegle do rąbka przebiegającą i około 12 mm długą. Mamy tu do czynienia z wynikiem typowym ale bardzo rzadkim urazu tępego. Mechanizm tego urazu i dane statystyczne znaleźć można w pierwszym tomie Wagemana *„Verletzungen des Auges"*; w *Handbuch d. Augenheilkunde* — Graefe-Saemisch. W naszym przypadku należy przyjąć, że chodzi o silne uderzenie prawą pięścią w okolicę krawędzi lewego oczodołu skroniowego. Spowodu względnej rzadkości przypadków *luxatio lentis subconiunctivalis et ruptura sclerae indirecta*, jak też i przyczyny urazowej przypadek ten zasługuje na demonstrację. Rokowanie jest dobre, gdyż obecnie w dwa tygodnie po urazie brak objawów podrażnienia. (Streszczenie własne).

W dyskusji nad pokazem zabierali głos kol. Banasz i referent.

3. Kol. Frenkiel wygłosił dłuższe przemówienie, poświęcone ś. p. kol. Władysławowi Garlińskiemu, długoletniemu członkowi Towarzystwa, członkowi korespondentowi Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i Towarzystwa Okulistycznego w Paryżu *(Societé d'ophtalmologie de Paris)*.

Koledzy uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

4. Kol. H. Makower wygłosił odczyt p. t.: *„Przypadek cholecystitis typhosa"*.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: Banasz, Rozenberg L., Jelenkiewicz, Wolfson, Grynblat i prelegent.

5. Kol. J. Chrzanowski i Kol. K. Ściesiński wygłosili odczyt p. t.: *„Przypadek zakrzepu żyły wrotnej i śledzionowej"*.

Kol. Chrzanowski omówił stronę kliniczną przypadku, Kol. Ściesiński stronę anatomiczno-patologiczną.

Odczyt kol. Ściesińskiego był ilustrowany szeregiem przeźroczy z preparatów drobnowidowych.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: Kryszek, Kon Józef, Turyn, Bender i prelegenci.

Protokół posiedzenia w dniu 21 listopada 1934 roku.

1. Kol. H. Lajchter przedstawił: *„Przypadek kamienia w przewodzie ślinowym podszczękowym"*.

U 54-letniej pacjentki wystąpiły przed trzema miesiącami bóle obu szczęk po stronie prawej i znaczne obrzmienie gruczołu podszczękowego. Bezskutecznie leczona przez kilku chirurgów i laryngologów; również 5 naświetlań rentgenowskich nie odniosło skutku. Zdjęcie rentgenowskie, dokonane po trzech miesiącach wykazało kamień w drogach ślinowych wielkości grochu. Operacja dokonana przed 6 dniami wykazała istotnie kamień, znajdujący się na granicy gruczołu podszczękowego i przewodu ślinowego podszczękowego *(ductus submaxillaris seu Whartonianus)* w tkankach głębokich dna jamy ustnej (pod mięśniem *mylo-hyoideus)*. Gojenie nastąpiło *per primam*. Gruczoł podszczękowy znacznie zmalał w kilka dni po operacji i jest nadzieja, iż obejdzie się bez specjalnego leczenia gruczołu. (Streszczenie własne).

2. Kol. S. Neumark przedstawił 1 przypadek *choroby Fox-Fordyce* i 3 przypadki *Syringo-Cystadenoma* — jeden z nich w połączeniu ze zmianami skóry obydwu pach, typowemi dla choroby Fox-Fordyce'a.

3. Kol. Bender przedstawił *przypadek zatrucia ołowiem*. Chory został skierowany na Oddział Chirurgiczny Szpitala im. Prez. Mościckiego z rozpoznaniem skrętu kiszek; tam nie stwierdzono skrętu kiszek i chorego przekazano na Oddział Wewnętrzny. Choroba trwała parę tygodni; chory stracił łaknienie, miewał bóle brzucha oraz zaparcie stolca.

Chory jest pracownikiem remizy tramwajowej; praca jego polegała na zeskrobywaniu z maszyn starej farby i pokrywaniu ich świeżą; podczas pracy wdychał pył, zawierający części zeskrobanej farby. Na dziąsłach stwierdzono rąbek niebieskawy, we krwi — krwinki czerwone nakrapiane zasadochłonnie. W moczu ślady hematoporfiryny, lekką żółtaczkę na białkówkach, wzmożone parcie krwi.

W celu zróżniczkowania bólów brzucha charakterystycznych dla kolki ołowiowej cenne usługi oddaje posiłkowanie się wdychiwaniem *Amylum nitricum*.

W dyskusji nad pokazem: Kol. Al. Margolis zapytuje, czy chory pracował w remizie przy ul. Dąbrowskiej, gdyż obserwował w szpitalu w Radogoszczu przypadek ołowicy u chorego pracownika z tej remizy; przypadek ten wyglądał na schorzenie ostre trzustki.

Kol. Bender *w odpowiedzi* potwierdza, że chory pracował w remizie przy ul. Dąbrowskiej. Zatrucie ołowiem może przebiegać pod różnemi postaciami schorzeń najrozmaitszych narządów jamy brzusznej.

4. Kol. Frenkiel i Kol. Hurwicz wygłosili odczyt: *„Kastracja i sterylizacja"*.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: Klinger, Lewenfisz i Frenkiel.

Protokół posiedzenia w dniu 28 listopada 1934 roku.

1. Kol. S. Neumark przedstawił przypadek: *„Naevus giganteus et filosus"* oraz *„Erythema annulare migrans"*.

2. Kol. Itelson przedstawił przypadek: *„Cor myxoedematosum"*.

35-letnia chora przybyła na oddział z objawami żółtaczki nieżytowej. Stwierdzono znaczne rozszerzenie serca we wszystkich wymiarach. Po podaniu preparatów tarczycy serce uległo zmniejszeniu do wymiarów prawidłowych. Przemiana spoczynkowa z *minus* dziesięć zmieniła się na *plus* dwadzieścia. Parcie krwi uległo zwiększeniu.

Pokaz był ilustrowany ortodiagramami i elektrokardjogramem.

W dyskusji nad pokazem zabierali głos kol.: Frenkiel, Turyn, Bender i kol. Itelson.

3. Kol. J. Chrzanowski wygłosił odczyt p. t.: *„Przypadek niedokrwistości złośliwej z objawami dusznicy bolesnej i współistnieniem gruźlicy płuc"*.

W dyskusji zabierali głos kol.: Frenkiel, Weisshoff, Bender, Turyn, Makower, Grynberg i prelegent.

Protokół posiedzenia w dniu 5 grudnia 1934 roku.

1. Kol. Dynkiewicz przedstawił chorą, *cierpiącą na napady padaczkowe*, u której przed paru dniami wystąpił na twarzy *herpes zoster* w obrębie II gałązki nerwu trójdzielnego.

W dyskusji nad pokazem: Kol. Frenkiel uważa, że półpasiec w obrębie V nerwu spotyka się dość często, ale w obrębie I gałązki; w przypadku demonstrowanym zasługują na uwagę pęcherzyki, które są większe niż zwykle; pęcherzyki przechodzą i na drugą stronę, gdyż obszar unerwienia nie ogranicza się ściśle do jednej strony; należałoby zbadać bakterjologiczną zawartość pęcherzyków.

2. Kol. S. Neumark przedstawia *przypadek choroby Jeanselme-Lutz'a (Nodositas juxta articularis)* na tle kiły trzeciorzędnej.

3. Kol. J. Pik wygłosił odczyt p. t.: *„Przypadek neuralgji nerwu trójdzielnego, wyleczony drogą operacyjną"*.

Prelegent charakteryzuje neuralgję samoistną w odróżnieniu od neuralgii wtórnej, objawowej. Omawia całokształt lecznictwa neuralgji w 3 etapach:

1) lekowo-fizykalny,
2) injekcje do zwoju Gassera,
3) operacyjny — przecięcie pnia nerwu trójdzielnego.

Podaje statystykę, dotyczącą wyników leczenia w poszczególnych okresach i dochodzi do wniosku, że w mniej uporczywych przypadkach należałoby stosować zastrzykiwania alkoholowe według techniki Härtla, w razie zaś kilkakrotnych nawrotów, w krótkim czasie powtarzających się — operację przecięcia nerwu według metody Fraziera.

Po omówieniu ogólnych danych o neuralgji nerwu trójdzielnego następuje pokaz chorej lat 49, z Oddziału Neurologicznego Szpitala Miejskiego na Radogoszczu, która została zoperowana dnia 27. II. 1934 r. w Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie przez Doc. Dr. Nowickiego z pomyślnym wynikiem. Dotychczas, t. j. 9 miesięcy po operacji — nawrotu nie stwierdzono ani żadnych powikłań, zwłaszcza zajęcia rogówki. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Schweig obserwował przypadek, w którym po zastosowaniu zastrzyknięcia alkoholu — nastąpiło zapalenie rogówki i w następstwie utrata wzroku. Zapytuje prelegenta, czy nie należałoby stosować elektrokoagulacji.

Kol. Lajchter: w większości przypadków neuralgji symptomatycznej powstaje ona spowodu zapalenia miazgi zębowej; wystarczy w tych przypadkach usunięcie zęba lub zatrucie go arsenem; obserwował wiele takich przypadków, w których po tych zabiegach nastąpiło wyleczenie całkowite.

Kol. Lewenfisz: leczenie zapomocą naświetlań promieniami Roentgena jest dobre wtedy, gdy nie stosowano alkoholu.

Kol. Frenkiel: czas obserwacji jest zbyt krótki, by mówić o wyniku stałym. W celu uniknięcia zapalenia rogówki dokonywa się operacji pozazwojowo.

Kol. Pik *w odpowiedzi:* Elektrokoagulację robi się dozwojowo; jest to metoda równorzędna z alkoholową. Powikłanie oczne widzi się w całkowitych alkoholizacjach. Przy zachowaniu ostrożności można uniknąć powikłań ocznych. Rzeczywiście — poprawa po stosowaniu Roentgena jest niewielka w przypadkach, w których poprzednio stosowano alkohol.

4. Kol.: Sz. Goldryng i J. Handzel wygłosili odczyt p. t.: *„O osteochondrozach (Parthes-Schlatter-Köhler* i t. d.".

Kol. Handzel omówił część anatomopatologiczną i kliniczną zagadnienia.

Kol. Goldryng na szeregu rentgenogramów omówił zagadnienie ze strony rentgenologicznej.

W dyskusji zabierali głos kol.: Lubicz, Kunig, Miller W. oraz prelegenci.

Protokół posiedzenia w dniu 19 grudnia 1934 roku.

1. Kol. Imich przedstawił 2 pacjentów:

1) 23-letni P. A., który był operowany doszczętnie *spowodu obostrzenia przewlekłego ropnego zapalenia ucha lewego.* Ponieważ ciepłota w dalszym ciągu była wysoka, nakłuto zatokę esowatą, która okazała się zaczopowana; wobec tego przecięto ścianę zatoki i usunięto skrzep w całości. Chory wyzdrowiał, aczkolwiek nastąpiło powikłanie w postaci przerzutowego ropnia dużego na udzie prawym.

2) 33-letnia F. B., *trepanowana spowodu ostrego zapalenia ucha środkowego prawego z hektyczną ciepłotą,* utrzymującą się w ciągu 8 dni (rano 37,2°, wieczorem 39,6°) i dreszczami. Po antrotomji ciepłota i dreszcze utrzymują się, wobec czego na-

kłuto zatokę esowatą, w której krwi nie ujawniono. Po przecięciu ściany zatoki stwierdzono zakrzep, który spowodu łamliwości nie daje się całkowicie usunąć. Następnego dnia, wobec braku zmian w stanie chorej, podwiązano i przecięto żyłę jarzmową; dreszcze ustąpiły i ciepłota spadła. Chora w krótkim czasie wyzdrowiała.

Przypadki te zasługują na uwagę, gdyż zakrzepy zatoki esowatej należą do najgroźniejszych powikłań zapaleń ucha środkowego. Dzięki energicznej interwencji udało się dwóch tych chorych uratować, pomimo że z krwi chorej wyhodowano paciorkowca hemolizującego.

2. Kol. J. Chrzanowski przedstawił *przypadek zawału serca*. Pokaz był ilustrowany kardjogramami.

W dyskusji nad pokazem zabierali głos kol:. Rosenberg, Liniecki i Chrzanowski.

3. Kol. Frenkiel zawiadomił kolegów o śmierci długoletniego członka Towarzystwa Jakóba Małowista. Pamięć Zmarłego uczczono przez powstanie.

4. Kol. J. Itelson wygłosił odczyt p. t.: *„O wartości przetaczania krwi w niektórych postaciach gruźlicy"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol.: Tenenbaum, Janik, Szyfman i prelegent.

5. Kol. W. Tomaszewicz wygłosił odczyt p. t.: *„Wskazania do leczenie chirurgicznego kamicy żółciowej"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol.: Kunig, Szyfman i prelegent.

Sekretarz: *A. S. Tenenbaum.*